

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

174

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

Tuberculose Rénale

CHEZ LES SUJETS AGÉS

PAR

ARON LAPIDUS

Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. LE PROFESSEUR LEGUEU

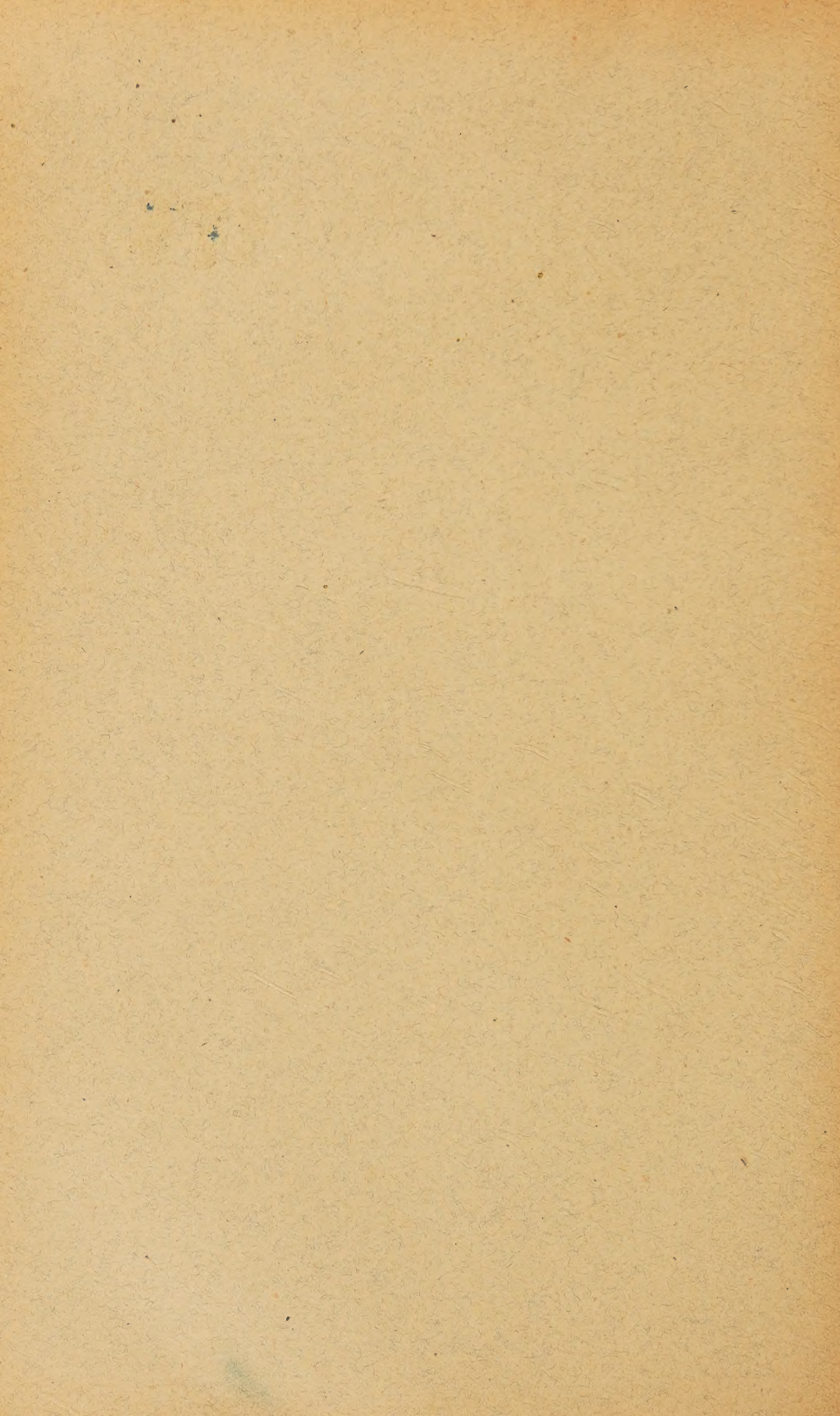
PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur le Prince, 26 (VI^e Arrond.)

1920



174

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER.

Professeurs :

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BESANCON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBE.
Pathologie médicale.....	VAQUEZ.
Pathologie chirurgicale.....	GOSSET.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils.....	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	HUTINEL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	DUPRE.
Clinique des maladies des enfants.....	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P. MARIE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
Clinique des maladies contagieuses.....	QUENU.
Clinique chirurgicale.....	LEJARS.
	HARTMAN.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	BR.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.....	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile.....	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique.....	BROCA (Auguste).
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	A. ROBIN.
	P. SEBILEAU.

Agrégés en Exercice :

MM.

AEGLAVE.	GUILLAIN.	LOEPER.	ROUSSY.
BRANCA.	LABBE (Henri).	MOCQUOT.	POUVIERE.
CAMUS.	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON.	SCHAWARTZ.
CASTAIGNE.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	SICARD.
CHAMPY.	LECENE.	OKINCZYC.	TANON.
CHEVASSU.	LEMIERRE.	OMBREDANNE.	TERRIEN.
DESMAREST.	LENORMANT.	RATHERY.	TIFFENEAU.
GOUGEROT.	LEQUEUX.	REITTERER.	VILLARET.
GREGOIRE.	LEREBOULLET.	RIBIERRE.	ZIMMERN.
GUENIOT.	LERI.	RICHAUD.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

Tuberculose Rénale

CHEZ LES SUJETS AGÉS

PAR

ARON LAPIDUS

Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. LE PROFESSEUR LEGUEU

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur le Prince, 26 (VI^e Arrond.)

1920





Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE

M. le Professeur agrégé MARION

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière (Service Civile)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. le Professeur F. LEGUEU
Chirurgien de l'Hôpital Necker

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été donnée par notre Maître, M. le Professeur agrégé Marion, qui nous a obligeamment confié, en même temps, deux observations personnelles et inédites.

La tuberculose urinaire, chez les sujets âgés, n'a pas été très étudiée dans la littérature pourtant fort riche consacrée à l'étude de cette affection en général. L'attention des praticiens a été attirée sur cette lacune, pour la première fois, par Rochet, de Lyon, dans un article publié dans le *Lyon Chirurgical* du 1^{er} janvier 1913.

« Je peux bien le dire — écrit M. Marion (1) — si, pour celui qui suit les services d'urinaires, le diagnostic de la tuberculose rénale devient en quelque sorte banal, pour ceux qui n'ont jamais suivi de tels services, l'affirmation qu'un malade est atteint de tuberculose du rein, alors qu'aucun symptôme n'attire l'attention du côté de cet organe, le surprend bien souvent singulièrement. »

Les difficultés de diagnostic proviennent surtout de ce fait que les symptômes cardinaux de cette affection sont

(1) Marion. — *Leçons de chirurgie urinaire*. 1 vol. 1912. Masson.

autant de syndromes de la pathologie urinaire, pouvant appartenir à des affections très différentes, mais toutes plus fréquentes que la tuberculose à l'âge avancé de la vie.

La pollakiurie, la cystite, l'hématurie, la pyurie ou les douleurs rénales — symptômes qui caractérisent la tuberculose urinaire — appartiennent, avec des modalités différentes, au cancer, à la lithiase, à la néphrite hématurique, ou bien aux accidents du prostatisme infecté.

Les méthodes modernes d'exploration chirurgicale de l'appareil urinaire sont venues heureusement suppléer, dans certains cas, à l'insuffisance de l'observation clinique et ont permis de redresser des erreurs qui auraient été fatalement commises sans leur secours. C'est pourquoi nous avons jugé nécessaire de nous arrêter un peu longuement sur le chapitre de l'examen du malade soupçonné de tuberculose urinaire.

De l'ensemble des observations recueillies dans le service de notre Maître et de nombreuses autres — déjà publiées — nous avons essayé de dégager les particularités anatomo-cliniques et le pronostic de cette affection chez les sujets âgés. Nous avons limité notre travail à l'étude de la tuberculose rénale folliculaire, dont l'intérêt résulte du traitement chirurgical qui lui est appliqué et qui, pour ce motif, a été désigné le plus souvent sous le nom de *tuberculose chirurgicale*.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre reconnaissance à ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux.

C'est dans le service du regretté D^r Guinard, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, que nous avons pris contact pour la

première fois, en 1909, avec les malades. La noble pensée de ce Maître, qu'une mort affreuse a prématurément enlevé à tous ceux qui l'ont connu et aimé, nous guidera toujours dans l'exercice d'une profession qu'il nous a révélée si hautement humanitaire.

Le Dr Potherat, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et le Dr Laffitte, Médecin de l'Hôpital Beaujon, ont été pour nous des Maîtres bienveillants et attentifs. Nous leur adressons ici l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous gardons un souvenir précieux des conférences d'Internat de MM. les Drs G. Wolffromm, aide d'anatomie à la Faculté, et R. Debré, chef de Clinique à la Faculté, nos amis et nos Maîtres. C'est avec un vif regret que nous avons dû abandonner, à cause de la guerre, ces leçons et ce concours.

Nous ne sommes pas oublieux des remerciements que nous devons à MM. les Drs Eliot et Henry, assistants du Service Civile, et à M. Aureille, chef de laboratoire.

Enfin, nous rendons grâce très respectueusement à M. le Professeur Carlier, de Lille, qui a bien voulu nous honorer de ses conseils.

C'est à M. le Professeur agrégé Marion que nous devons nos connaissances en urologie. Deux ans passés dans son service nous ont appris à apprécier quotidiennement sa science à la fois si ample et si pondérée, essentiellement française. La mémoire de cet enseignement d'une admirable clarté ne s'effacera jamais en nous. En lui dédiant ce travail, qui marque la fin de nos études, nous abordons une profession, au prestige de laquelle il a si particulièrement contribué, avec le courageux espoir de bien mériter de lui et de tous ceux dont nous fûmes l'élève.

Paris, Avril 1920.

FREQUENCE

La tuberculose rénale chirurgicale, particulièrement fréquente à l'âge adulte, se voit néanmoins à tout âge. Elle est rare après 50 ans, tous les auteurs sont unanimes à le constater. Boursier (1886), Boeckel (1912), dans leurs thèses ; puis Rafin dans son travail de l'Encyclopédie, ont successivement souligné cette rareté en citant cependant quelques cas de tuberculeux très âgés. Dans leur récent travail, Lepoutre (1) et Thelliez (2), de Lille, communiquent les statistiques suivantes :

Sur un total de 1.530 malades atteints de tuberculose rénale opérée ou non : 65 femmes et 44 hommes ont dépassé 50 ans.

Sur un ensemble de 212 néphrectomisés, 11 malades ont été opérés après 50 ans (9 femmes et 2 hommes).

Barrié (3) a retrouvé 188 malades observés par Rafin, atteints incontestablement de tuberculose urinaire (inoculation au cobaye) et jugés inopérables par ce chirurgien. Ces 188 cas comprennent 27 malades après 50 ans (19 hommes et 8 femmes).

(1) Lepoutre. — De la tuberculose urinaire chez l'homme âgé. *Presse Médicale*, N° 53, 1919.

(2) Thelliez. — Thèse de Lille 1918-1919, N° 32.

(3) Barrié. — Thèse de Lyon 1912.

Braash (1), sur un total de 203 cas de tuberculose rénale opérés dans la clinique de Mayo, compte 29 p. 100 de malades ayant dépassé 40 ans.

Nous avons retrouvé dans les archives du Service Civiale 273 cas de néphrectomie pour tuberculose rénale. Ces 273 néphrectomies *de Marion* se décomposent de la façon suivante, d'après l'âge du malade :

AGE	HOMMES	FEMMES
De 11 à 20 ans	9	18
De 21 à 30 ans	51	56
De 31 à 40 ans	41	43
De 41 à 49 ans	17	20
De 50 à 60 ans	10	8
TOTAL.....	128	145

Sur ce total de 273 néphrectomies, 18 malades ont atteint ou dépassé 50 ans au moment de l'intervention.

Il nous a été impossible de décompter les cas non opérés du Service Civiale. Nous avons cependant retrouvé des observations chez des malades de : 72 ans (Obs. N° XLII), 64 ans (Obs. N° XLVI et N° II), 61 ans (Obs. N° XLV). De l'ensemble de ces chiffres, nous pouvons conclure que la tuberculose urinaire, après 50 ans, n'est pas exceptionnelle. Elle est, à cet âge, de fréquence à peu près égale chez l'homme et chez la femme.

(1) Braash W. F. — *The Journ. of the American Med. Assoc.* Vol. 58, 1912, p. 397.

CONSIDERATIONS PATHOGENIQUES

Si la tuberculose rénale se présente parfois au chirurgien comme une affection primitive, il y a là, suivant l'expression de Legueu, une apparence plutôt qu'une réalité.

Dans la grosse majorité des cas, la tuberculose urinaire succède à une *poussée infectante primitive*, soit en évolution torpide, latente, soit déjà éteinte, ayant laissé des stigmates faciles à retrouver pour le clinicien, ou des traces dans la mémoire du malade, qui permettent de la reconstituer.

Cette poussée infectante primitive peut être : une pleurite légère, une tuberculose pulmonaire, crises de rhumatisme suspect, une tuberculose génitale ou costale, etc...

Nombreuses sont les expériences tentées et les théories émises en vue de résoudre l'importante question de la pathogénie de la tuberculose rénale. La discussion de ces théories n'entre pas dans le cadre de ce travail. Quelle que soit la voie suivie par le bacille tuberculeux, voie sanguine, lymphatique ou ascendante, l'éclosion du processus tuberculeux dans le rein ne suivra, le plus souvent, que longtemps après, la première atteinte de

l'organisme. Ceci est particulièrement vrai pour les tuberculeux rénaux âgés. Dans un important travail sur la tuberculose pulmonaire sénile, Barié (1) n'a pas noté une seule fois la tuberculose rénale concomitante.

Par des recherches de laboratoire minutieuses, le professeur Teissier (2), de Lyon, semble avoir surpris l'étape intermédiaire entre l'infection tuberculeuse de l'organisme et l'éclosion des manifestations rénales. En recherchant systématiquement, par la méthode de Bordet et Gengou, les antigènes et anticorps tuberculeux dans le sérum et dans les urines d'un certain nombre de malades, cet auteur a constaté que la réaction de fixation ayant été positive dans les deux liquides pendant l'évolution d'une tuberculose non urinaire, pouvait persister des mois et des années *dans l'urine seulement*, malgré le retour apparent à la santé parfaite.

Cette survivance des poisons tuberculeux dans le parenchyme rénal serait, d'après l'auteur cité, le *primum movens* de la tuberculisation de l'organe.

Quant aux conditions capables de provoquer la réactivation de ces germes, presque toujours on retrouvera l'accident, souvent assez banal pour n'avoir pas retenu l'attention du malade, de sa famille ou de son médecin.

Cette cause seconde sera : tantôt une poussée de néphrite légère, tantôt une hématurie qu'elle soit traumatique (Obs. N° XXXIV) ou symptomatique d'une néphrite hématurique, etc...

(1) Barié E. — *Revue de Médecine*, Paris, 1895, T. XV, 1896 T. XVI.

(2) J. Teissier. — *Journal de médecine de Lyon*. N° 1, 20 janvier 1920.

Il nous a semblé utile de rappeler ces quelques notions pathogéniques, parce que l'étude des antécédents bacillaires des malades, comme nous le verrons plus loin, doit entrer en ligne de compte lors de la discussion des symptômes urinaires qu'on présume être de nature tuberculeuse.

CONSIDERATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

I. — Lésions du rein tuberculeux

La *lésion tuberculeuse de la papille* paraît être la lésion fondamentale de la tuberculose ulcéro-caséreuse du rein. Ainsi localisée au début de l'affection, elle se propage de proche en proche par le mécanisme de toute ulcération tuberculeuse.

La lésion papillaire peut être absolument isolée, sans qu'on trouve d'autre altération dans tout le rein — c'est la *forme pyélitique pure* (1) ou *primitivement ouverte* (2). Cette forme est extrêmement rare.

A ces lésions ulcéro-caséuses, parties de la papille, et qui sont constantes, s'ajoutent le plus souvent des altérations parenchymateuses de même nature qui relèvent de la même infection sanguine, — c'est la *forme mixte*, la plus fréquemment observée.

(1) Legueu, Papin et Verliac. — *Archives urologiques*, T. I, 1914, p. 434.

(2) N. Hallé. — *Les formes de la tub. rén. chron.*, 1 vol., 1914, Paris.

Désignées encore sous le nom de *tuberculose caverneuse* (Castaigne) (1), ces deux formes sont patentes au point de vue clinique et difficilement curables.

Enfin, il existe aussi une *forme parenchymateuse primitivement fermée*, — tuberculose non caverneuse, — rare, elle aussi. C'est, en somme, la phase préulcéreuse, préchirurgicale de l'affection. Latente au point de vue clinique et souvent méconnue, cette forme est curable spontanément et médicalement.

Il est actuellement admis que le processus tuberculeux peut s'étendre dans le rein comme partout ailleurs. La guérison des lésions tuberculeuses peut se faire en surface, sans exclusion, ou bien par exclusion calcaire, fibreuse ou caséeuse, qui est la plus fréquente.

Ainsi se trouve expliquée la très longue durée de certaines formes cliniques de cette affection. Simple rémission au cours de la maladie, pour certains auteurs (2), elle constitue une véritable guérison, sinon définitive, du moins temporaire, pour d'autres (3). Dans l'obs. de Legueu (N° VIII), la rémission a duré 15 ans et à la coupe du rein enlevé on a trouvé une lésion nettement cicatricielle. La même lésion est notée sur le rein de l'obs. N° XXV. Un rein tuberculeux atrophié est noté dans l'obs. N° XXXIII. Il faut ajouter que ces lésions régressives sont exceptionnelles, même pour les auteurs qui les admettent.

II. — Lésions du rein du côté opposé

La tuberculose rénale est une affection essentiellement unilatérale, du moins à son début.

(1) Castaigne. — *Journal Médical Français*, N° 7, 15 juillet 1914.

(2) Heitz-Boyer. — *Journal d'Urologie*, Paris, 1914, T. V, p. 297.

(3) Legueu. — *Journal des Praticiens*, T. 28, 1914, p. 308.

Dans la grande majorité des cas, le rein opposé au côté malade ne présente, pour ainsi dire, pas de lésions (1).

Cependant, Albarran (2) a insisté sur l'albuminurie du rein opposé qu'on rencontre quelquefois en plus ou moins grande abondance et associée souvent à la polyurie. Cette albuminurie n'est pas toujours une contre-indication pour la néphrectomie. Produite et entretenue par le rein malade (toxines bacillaires et néphrotoxines), elle disparaît généralement après l'ablation de celui-ci.

Mais « si une dose d'albumine élevée coïncide avec la présence des cylindres et d'un trouble très marqué de l'élimination aqueuse, si elle s'accompagne d'une mauvaise élimination uréïque, elle imposera de sérieuses réserves sur la résistance de ce rein » (Marion) (3). C'est le cas de l'Obs. n° XX (Albarran).

Le rein opposé peut devenir enfin le siège d'une véritable néphrite, qui sera le seul symptôme d'une tuberculose rénale latente et finira par emporter le malade (Obs. n° LIII). Cette particularité n'est pas rare chez les gens âgés. Nous en reproduisons trois autres observations publiées dans la thèse de Marc (de Lyon) (4). Obs. n°s XVII, XVIII, XIX.

Quant à la sclérose du rein sénile (5), elle ne s'observe guère que chez les sujets de plus de 70 ans, alors que la tuberculose rénale devient une exception. Ici, comme

(1) Maugeais. — Thèse de Paris, 1907-1908, N° 280, T. 29.

(2) Albarran. — *Annales des Mal. des Org. génito-urin.*, 1908, Vol. I, p. 93.

(3) Marion et Heitz-Boyer. — *Traité de cystoscopie*, T. II.

(4) L. Marc. — Thèse de Lyon, 1910-11, N° 51.

(5) Mareau, P. — Thèse de Paris, 1913-14, N° 73.

dans tout autre organe, la sclérose est ennemie de la tuberculose. Le rein du côté opposé peut aussi présenter des lésions tuberculeuses ulcéro-caséuses. Les lésions bilatérales sont notées dans neuf de nos observations. Ce fait tient vraisemblablement à la latence de la tuberculose rénale primitive. Beaucoup de ces malades viennent consulter, lorsque les deux reins sont déjà pris.

III. — Lésions des voies d'excrétion

Leur envahissement commence au niveau du calice, dont la papille est ulcérée. La tuberculisation du bassinet et des calices entraîne leur dilatation à des degrés les plus divers : souvent de dimension à peine au-dessus de la normale, ces organes peuvent acquérir une capacité considérable, constituant, suivant l'expression de Rafin (1), une véritable pyélonéphrose. Lorsqu'au contraire, les lésions destructives prédominent sur le rein même, elles aboutissent à la vaste poche pyonéphrotique, — terme de l'évolution de la tuberculose chronique du rein. Enfin, dans les lésions anciennes en voie de régression, de beaucoup les plus rares, on observe une infiltration scléro-graisseuse de ces conduits.

L'envahissement de l'uretère se fait presque toujours par la voie descendante. Cependant, des cas ont été rapportés où l'uretère du côté opposé a été envahi par voie ascendante, alors que le rein de ce côté était encore indemne (2). Ces faits, rares d'ailleurs, sont une raison de plus en faveur de la néphrectomie précoce et c'est là leur véritable intérêt.

(1) Rafin. — Tuberculose rénale. — *Encyclop. franç. d'urologie*, T. II, chap. VIII.

(2) Legueu, Papin, Verliac. — *Loc. cit.*

Granulations, ulcérations ou infiltration massive; — telles sont les lésions que le bacille produit dans l'uretère, comme dans le rein ou la vessie. Pour Verriotis, la forme des lésions muqueuses localisées se rencontre dans le cas de contamination directe de la muqueuse par les urines infectées, tandis que l'infiltration massive primitive se réaliserait par la voie hémotogène.

La portion terminale pelvienne de l'uretère est précocement atteinte et montre souvent des lésions confluentes et avancées, alors que le reste du conduit en est encore à la période des lésions superficielles (1). Nous verrons plus loin l'importance de ces lésions ostiales inférieures, au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose rénale.

L'uretère tuberculeux est presque toujours plus ou moins dilaté. Il peut doubler ou même tripler de volume. D'autres fois et surtout dans le cas d'infiltration massive, l'épaississement de ses parois peut aboutir à la sténose urétérale complète. Nous parlerons tout à l'heure du rein tuberculeux exclu qui en est la conséquence.

Après la néphrectomie (2), l'uretère guérit généralement par oblitération. Ce processus pathologique de guérison demande un temps assez long — de 2 à 3 ans. Mais lorsqu'il y a infection secondaire, la portion abandonnée de l'uretère pourra devenir le point de départ de complications diverses, rarement graves, il est vrai. La cicatrisation de la plaie opératoire, dont la durée est de 3 à 5 semaines, laissera parfois persister une petite fistule, qui d'ailleurs se fermera au bout de 2 à 8 mois. Le

(1) Hallé et Motz. — *Annales des mal. des org. génito-ur.*, 1906. 1^{er} et 15 février.

(2) Lorin. — Thèse de Paris, 1914-15, N° VII.

moignon urétéral peut entretenir pendant longtemps la cystite avec une grosse pyurie.

IV. — Rein tuberculeux exclu

L'exclusion rénale peut être partielle ou totale, soit que l'oblitération porte sur un canalicule ou un calice, soit sur l'uretère lui-même.

Exclusion partielle : lorsque une partie saine du parenchyme rénal se trouve être exclue, on sera en présence d'une hydronéphrose partielle (Obs. n° XXXIX). Lorsqu'au contraire l'exclusion a porté sur une caverne, celle-ci sera transformée en pseudo-kyste (Obs. n° VIII).

Exclusion totale : nous aurons encore deux formes différentes, suivant que le rein tuberculeux exclu a été ou non infecté secondairement.

Dans ce dernier cas, la tuberculose rénale fermée d'emblée peut évoluer sous forme d'hydronéphrose (1) dont la nature tuberculeuse n'est reconnue qu'à l'examen histologique (Obs. n° XXVII), ou bien le parenchyme rénal exclu va se transformer en une matière caséuse analogue à du mastic de vitrier, — c'est le « rein mastic » de Marion (Obs. n°s XXXV, XVII, XVIII, XIX).

Dans le premier cas, il s'agit d'une pyonéphrose tuberculeuse fermée (Obs. n°s X, XIV, XV, XVI, XXI, XXII, XXVI, XLI, LIII).

L'exclusion du rein tuberculeux est un phénomène assez fréquemment observé chez les gens âgés. Nous en avons réuni 14 cas.

(1) P. Bazy. — Hydronéphrose. — *Encyclop. franç. d'urolog.*, T. III, chap. XII, p. 171.

Au point de vue clinique, comme nous le verrons en détail plus loin, le rein exclu se présente sous deux aspects très différents.

Lorsque l'exclusion du rein tuberculeux s'est faite avant qu'il ait subi l'infection secondaire, on assiste à une régression rapide des symptômes urinaires : les urines s'éclaircissent et les phénomènes de cystite s'ament d'autant plus vite que les lésions tuberculeuses de la vessie sont restées à l'état pur. C'est ce qui a fait dire de ces cas qu'il s'agit d'une véritable auto-néphrectomie.

Lorsqu'au contraire l'exclusion du rein tuberculeux s'est faite alors que les lésions spécifiques des voies urinaires se sont transformées par l'infection banale surajoutée, on aura une pyonéphrose fermée, dont l'expression clinique est toute différente. Dans ce cas, en effet, nous voyons apparaître tout le cortège des symptômes de la rétention septique dans le rein, avec la fièvre, la douleur rénale, l'altération de l'état général et la persistance des phénomènes de cystite.

Mais, quelle que soit son expression clinique, le foyer tuberculeux exclu reste une menace constante et sérieuse pour l'organisme. Tantôt c'est la néphrite du rein opposé, tantôt c'est la réactivation du foyer primitif qui finissent par emporter le malade. De sorte que nous devons conclure avec Heitz-Boyer et L. Bernard (1) : « le processus d'exclusion d'un rein tuberculeux, s'il est susceptible d'expliquer la régression des troubles urinaires, ne saurait être considéré comme un processus curateur au sens réel du mot ».

(1) L. Bernard et Heitz-Boyer. — Rapport au XVI^e Congrès d'Urol. Française, Octobre 1912.

V. — Lésions vésicales

Dans la très grande majorité des cas, la tuberculose de la vessie est consécutive à une tuberculose rénale descendante (1).

Au début, il existe seulement des lésions tuberculeuses pures : granulations, tubercules, ulcérations, — c'est la *tuberculose vésicale* proprement dite. Ces lésions localisées strictement et restant superficielles, n'entraînent pas les modifications inflammatoires du réservoir avec la diminution de capacité et les phénomènes douloureux qui en résultent.

Chose tout à fait remarquable, ces lésions tuberculeuses, tant qu'elles restent à l'état pur, sont curables spontanément et d'une façon souvent très rapide, après l'ablation du rein malade (Marion et Heitz-Boyer) (2).

A la période d'état, les lésions de cystite banale dues à l'infection secondaire viennent s'ajouter aux premières et finissent même par leur enlever complètement leur caractère spécifique, — c'est la *cystite tuberculeuse*. Dans cette forme, très douloureuse, la capacité vésicale est, en règle générale, fortement diminuée. Cependant, on note quelquefois un petit résidu ne dépassant guère 30-50 cc., dû surtout à la douleur vésicale qui empêche l'évacuation complète du réservoir.

VI. — Lésions du tissu cellulaire périrénal

La périnéphrite est très fréquente au cours de la tuberculose rénale. Elle n'est pas aussi accentuée que dans les suppurations banales du rein (Marion).

(1) Legueu et Michon. — Nouv. Traité de chir. de Le Dentu et Delbet. Fasc. 30, p. 173.

(2) Marion, Heitz-Boyer et Germain. — *Traité de cystoscopie*, T. I.

Autour des gros reins tuberculeux (1), la graisse périrénale est plutôt diminuée et même transformée en un tissu lardacé, épais de 2 ou 3 cm. parfois, au milieu duquel on aperçoit encore quelques pelotons graisseux entre les mailles fibreuses.

Autour des reins caséux ou fibro-caséux, plutôt petits et qui sont en voie de régression et d'atrophie, c'est au contraire la lipomatose qu'on rencontre ordinairement.

Enfin, l'abcès ou le phlegmon périréphrétique peut coïncider avec toutes les formes de la tuberculose rénale. Nous en rapportons deux observations du service de notre Maître (Obs. n^{os} XXVI et XLI).

(1) Rochet. — Périnéphrite. — *Encycl. franç. d'urrol.*, T. III, chap. XVII.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les éliminations rénales sont constamment et précocement troublées dans la tuberculose rénale. Ceci est d'une grande importance pour le diagnostic.

Les chlorures s'éliminent relativement bien dans la tuberculose rénale, qui est de nature ordinairement azotémique, comme le démontre longuement Albarran (1), dans son livre. C'est dire que ce sera surtout le trouble de l'élimination de l'urée qu'il faudra chercher à dépister, par des procédés qui tous s'inspirent des notions de physiologie normale du rein (2).

La description des différents procédés d'exploration des fonctions rénales n'entre pas dans le cadre de ce travail. Leur intérêt primordial, ainsi que leur utilité au point de vue de la chirurgie rénale qui nous intéresse, réside essentiellement dans l'étude comparative des

(1) Albarran. — *Exploration des fonctions rénales*. Paris, 1905, 1 vol.

(2) Ambard. — *Physiologie normale et pathologique des reins*, Paris, 1920, 1 vol.

Castaigne. — L'étude clinique des fonct. rén. *Journ. Méd. Franç.*, novembre 1919.

deux reins séparés par le cathétérisme urétéral. C'est seulement dans ce sens que les épreuves de la polyurie expérimentale, de la polyurie uréique ou des éliminations provoquées artificielles peuvent démontrer l'insuffisance d'un rein tuberculeux.

En plus, le trouble de la sécrétion uréique va avoir une répercussion immédiate sur le degré de l'azotémie. La Constante uréo-sécrétoire, établie par Ambard, donnera, par un chiffre, la mesure de la néphrite urémigène dont les reins sont atteints. Nous verrons plus loin l'importance de cette épreuve, qui peut parfois suppléer à l'insuffisance de l'examen fonctionnel des reins.

ETUDE CLINIQUE

Pour la description de la symptomatologie particulière de la tuberculose rénale chez les gens âgés, nous conserverons le schéma des formes cliniques de cette affection, tel qu'il est enseigné journellement par M. le P^r Marion, au lit des malades.

Les tuberculeux rénaux peuvent se présenter en clinique sous trois aspects différents : il s'agit des malades manifestant tantôt des symptômes purement vésicaux, tantôt des symptômes vésico-rénaux et enfin des symptômes rénaux uniquement.

Donc, trois grandes formes cliniques : vésicale, vésico-rénale et rénale.

1. — Formes vésicales

Cette forme est caractérisée par des symptômes de cystite plus ou moins accusés, mais sans aucun symptôme rénal subjectif ou objectif. « C'est pour sa vessie, huit fois sur dix, pour ne pas dire plus, que le malade vient réclamer vos soins. » (Marion.)

Quelle que soit l'intensité de cette cystite, on trouve toujours par l'interrogatoire du malade, à son origine,

une *pollakyurie* diurne et nocturne, survenue spontanément et qui, une fois installée, va s'accroissant progressivement. Au début, le malade urine beaucoup et souvent, sans souffrir de la vessie. L'urine d'abord légèrement trouble, ou simplement dépolie, prend par la suite les caractères de la « pyurie rénale » (Guyon). Bazy (1) a particulièrement insisté sur le phénomène de pollakyurie nocturne. Par ce terme, il faut entendre que le sujet urine la nuit plus souvent qu'il ne devrait par rapport au nombre de mictions qu'il a pendant le jour. Une pollakyurie nocturne absolue ou relative, accompagnée d'urines troubles et surtout lorsque la purulence des urines est très abondante, doit faire penser à une lésion rénale, alors même que les symptômes paraissent être exclusivement vésicaux.

D'autres fois, la pollakyurie s'installe brusquement et cesse assez facilement, avec un traitement banal, pour réapparaître d'ailleurs, et sans cause aucune, quelque temps après. Ces améliorations passagères sont notées dans les observations suivantes : Obs. n° VI, 12 ans ; Obs. n° XXX, 4 ans ; Obs. n° XXXIX, 27 ans. Ces rémissions peuvent facilement induire en erreur et c'est parfois longtemps après le début de la cystite, qu'on est appelé à faire le diagnostic d'une tuberculose rénale.

La *rétention complète aiguë*, absolument exceptionnelle, est notée dans l'Obs. n° VII.

La *fausse incontinence d'urine* est notée dans trois de nos observations (n°s XXIV, XXIX, XLVI).

La *dysurie*, qui est un des symptômes de la cystite, devient quelquefois chez les gens âgés particulièrement

(1) Bazy P. — *Gaz. Méd. de Paris*, 1913, T. 84, p. 365.

intense et c'est sur ce symptôme qu'ils attirent volontiers l'attention du médecin.

Des *hématuries* plus ou moins abondantes (vésicales ou rénales), lorsqu'elles surviennent, donnent à cette cystite spontanée un caractère particulièrement significatif au point de vue de la tuberculose.

Quant à la lésion rénale, elle reste latente pour le moment. On ne trouve rien effectivement, du côté des reins, à l'examen complet du malade et c'est parfois les antécédents bacillaires de celui-ci qui font penser à la tuberculose rénale.

Ces symptômes vésicaux peuvent être d'origine purement réflexe. La cystoscopie et le cathétérisme des uretères ont bien démontré l'existence de ce véritable *signal-symptôme* (Rafin) de la tuberculose rénale. Dans l'Obs. n° I, c'est l'état relativement bon de la vessie, peu en rapport avec la pyurie très prononcée, qui a fait penser à une lésion rénale.

En résumé, ce qui caractérise la forme vésicale chez les sujets âgés, c'est la spontanéité et la chronicité de la cystite. Ces deux caractères comportent des difficultés de diagnostic particulièrement délicates chez ces sujets, difficultés sur lesquelles nous reviendrons d'ailleurs.

II. — Formes vésico-rénales

C'est encore pour la cystite que le malade vient consulter. Mais, à un examen complet, des symptômes rénaux sont mis en évidence. Cette forme n'est souvent qu'un stade plus avancé de la précédente qui a été l'expression de l'installation tuberculeuse dans le rein.

Le plus souvent, on trouve de la *douleur rénale*. Elle est tantôt spontanée et accusée par le malade sous

forme de pesanteur ou d'une douleur franche localisée dans la région lombaire, avec ou sans irradiations le long de l'uretère. D'autres fois, il faut la rechercher par la palpation des reins. On trouvera aussi les points urétéraux décrits par Bazy et Pasteau : le point para-ombilical et le point sus-intra-épineux sont les plus fréquemment notés. Dans certains cas, surtout quand la douleur rénale n'est pas^œmarquée, les points urétéraux constituent un bon signe et un signe précoce de la tuberculose rénale. Le toucher rectal chez l'homme permet de réveiller une douleur qui, pour Chevassu et Verriotis, serait urétérale, — pour Rafin, vésicale. Chez la femme, la portion terminale de l'uretère peut être plus facilement examinée par un toucher vaginal. L'uretère tuberculeux donne alors la sensation d'un cordon dur, arrondi, parfois noueux, traversant le cul-de-sac vaginal antéro-latéral. Dans les cas avancés, le doigt peut percevoir, outre l'urétérite, une masse dure, empâtée de périurétérite et de péricystite (Obs. n° XLVII).

En recherchant la douleur rénale, on arrive à sentir le rein qui peut être *augmenté de volume*. Mais le rein tuberculeux n'est pas, en général, un très gros rein (Marion), et le palper bi-manuel ne permettra de délimiter que son pôle inférieur. En somme, les symptômes rénaux objectifs sont très variables et, comme le fait remarquer Desnos, l'affection peut évoluer jusqu'à produire des cavernes sans que l'augmentation de volume soit appréciable.

Les *hématuries* que le malade accuse ont un caractère particulier, important à connaître au point de vue du diagnostic.

C'est une hématurie spontanée, de durée plus ou moins longue (Obs. n° XXIX, durée 3 semaines). Elle

n'est nullement influencée par le repos, ni la fatigue. Très abondante au début, elle diminue progressivement à chaque reprise. M. Marion insiste souvent sur ce dernier caractère de l'hématurie tuberculeuse.

Ces hématuries, associées à la cystite chez un malade qui présente un rein douloureux et augmenté de volume, forment un ensemble clinique des plus caractéristiques. Et lorsque les antécédents bacillaires du malade sont nets, le diagnostic d'une tuberculose rénale peut être porté à coup sûr. Cette forme, qui pourrait servir de type pour la description clinique de l'affection, n'a rien de particulier chez les sujets âgés.

III. — Formes Rénales

Ici, les phénomènes de cystite sont peu prononcés ou n'existent pas du tout. Toute la symptomatologie se résume par un des grands syndromes urinaires, révélateurs d'une lésion rénale : pyurie, douleurs rénales, hématurie, gros rein, phénomènes de néphrite. Chacun de ces symptômes, lorsqu'il domine, donne une expression clinique particulière :

Pyélonéphrite tuberculeuse. L'infection secondaire imprime à la tuberculose rénale des caractères un peu particuliers. Cette forme, qui n'est pas exceptionnelle chez les sujets âgés, présente les symptômes suivants : rétrocession relative des phénomènes vésicaux, douleur et tension de la région rénale, fièvre et frissons, altération de l'état général, pâleur et faiblesse. La pyurie a, dans ces cas, les caractères rénaux (Obs. n° LIII).

En somme, il s'agit des symptômes d'infection rénale dont la spontanéité doit éveiller l'idée d'une origine tuberculeuse (Obs. n°s XI, XXII, XXV, XLII, XLIII).

Forme douloureuse. Cette forme est rare, mais intéressante, parce qu'elle peut simuler à s'y méprendre la lithiase rénale. Tel est le cas de l'obs. n° XXXV, dans laquelle les crises de coliques néphrétiques ont été le seul symptôme d'une tuberculose rénale exclue. L'examen de l'appareil urinaire a été absolument négatif, de même que la radiographie. A l'intervention, on enlève un rein mastic. Dans un autre cas (Obs. n° XLIV), une hématurie spontanée a suivi une colique néphrétique typique. A la cystoscopie, on a trouvé des ulcérations bacillaires dans la vessie.

Forme hématurique. Elle n'existe pour ainsi dire pas chez les sujets âgés. Dans l'une de nos observations (n° XXIX), l'hématurie a bien duré pendant 3 semaines, mais le malade, particulièrement négligent, n'a pas prêté attention à ce symptôme.

Forme néoplasique. Elle appartient presque exclusivement au rein tuberculeux exclu. Comme nous l'avons vu précédemment, son expression clinique est différente, suivant que le rein a été ou non infecté secondairement. Le rein tuberculeux exclu non infecté peut se révéler par une tumeur qui reste le seul symptôme. C'est le cas des deux observations n°s XIV et XV, dans lesquelles la vessie et les urines étaient normales.

Lorsque le rein tuberculeux a été infecté avant son exclusion, comme c'est le cas dans les obs. n°s X et XVI, à côté de la tumeur rénale sont notés les signes de rétention septique : fièvre, douleurs rénales, altération de l'état général, le tout accompagné de phénomènes de cystite tuberculeuse.

Forme brightique. C'est la forme médicale du rein tuberculeux exclu. Nous venons de voir que celui-ci peut revêtir les formes : douloureuse ou néoplasique, toutes les deux chirurgicales.

D'autres fois, le rein tuberculeux, fermé d'emblée, reste tout à fait latent. C'est la néphrite du rein opposé qui seule évolue avec des symptômes du Mal de Bright, et finit par emporter le malade. A l'autopsie, on trouve un rein mastie (Obs. n^{os} XVII, XVIII, XIX). Cependant, le cas très intéressant de Sutter (Obs. LIII) montre une tuberculose rénale diagnostiquée et suivie avant son exclusion et pendant l'évolution ultérieure des phénomènes de néphrite chronique.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Nous avons suffisamment insisté sur la latence du début de la tuberculose rénale. Lorsque les malades viennent consulter, ils sont déjà, ou bien inopérables, ou presque tous atteints de cystite tuberculeuse. Cependant, par l'interrogatoire, on peut faire préciser quelques phénomènes douloureux du côté des reins, un amaigrissement, une perte de forces que rien ne peut expliquer et une fréquence anormale des mictions. Le tout ayant précédé la cystite. Pour Roysing (1), ce début existerait dans 60 % des cas. Il est évident qu'en présence de ces symptômes très vagues, le diagnostic est difficile. D'autant plus qu'un examen sommaire des urines, qui sont légèrement troubles ou simplement dépolies, ne révélera qu'une légère présence d'albumine. C'est pour éviter les erreurs et le retard qu'elles apportent à l'intervention chirurgicale qu'il faudrait, dans ce cas, procéder à un examen chimique et bactériologique des urines.

La marche de la tuberculose rénale chirurgicale est d'ordinaire chronique et progressive. L'état général est

(1) Roysing. — *Revue Clinique d'Urologie*. Mai 1913: Paris.

à peine altéré, le plus souvent, et peut rester excellent avec des lésions très avancées des reins. D'autres fois, la suppuration, les douleurs vésicales conduisent le malade à un état véritablement précaire qui empêchera toute intervention. La fièvre est rarement notée. Dans un petit nombre de cas, la résistance de l'organisme se traduit par des rémissions plus ou moins longues, mais au bout d'un certain temps, la marche progressive reprend. On trouve d'ailleurs dans le rein enlevé, des lésions cicatricielles entourées d'autres lésions plus récentes qui sont la signature de la résistance vaincue de l'organisme.

Rafin (1), dans un travail sur la durée moyenne de la tuberculose rénale, arrive aux conclusions suivantes : la durée de l'évolution n'est pas considérable ; elle est plus courte chez l'homme que chez la femme ; elle est, par contre, un peu plus longue chez les sujets ayant dépassé 40 ans. Le même fait est signalé par Braash (2). Cet auteur dit notamment : « La croissante résistance à la tuberculose rénale chez les sujets âgés est d'un grand intérêt. Dans nos séries, 29 % des patients avaient plus de 40 ans, démontrant ainsi que cette affection peut se rencontrer au-dessus de cet âge. Chez la plupart de ces malades, les symptômes étaient peu intenses et duraient depuis plusieurs années. Les lésions vésicales étaient peu prononcées. Les lésions du rein étaient généralement bien localisées et peu étendues. »

Il est à noter aussi que la tuberculose rénale est exceptionnelle à partir de 70 ans, âge vers lequel apparaîtrait la sclérose sénile du rein.

(1) Rafin. — *Journ. d'Urol.*, T. II, 15 octobre 1912, p. 517.

(2) Braash. — *Loc. cit.*, p. 398.

COMPLICATIONS

Nous ne décrivons pas ici la *cystite tuberculeuse*, véritable complication de la tuberculose rénale, mais qui, par sa fréquence, trouve mieux sa place parmi les symptômes de l'affection.

La *périnéphrite*, très fréquente dans la tuberculose rénale, peut revêtir deux aspects différents au point de vue clinique, suivant qu'elle est suppurée ou non.

La *périnéphrite* non suppurée n'a pour, ainsi dire pas d'expression clinique. L'augmentation du volume du rein dans la tuberculose rénale relève plus souvent de la périnéphrite que du rein lui-même. Pour Albarran, l'immobilité de la tumeur rénale est en faveur de la périnéphrite.

Celle-ci est très importante au point de vue opératoire, à cause des difficultés souvent sérieuses qu'elle apporte à l'extériorisation du rein qu'on doit enlever.

L'abondante graisse périnéphrétique, dans la forme lipomateuse, se nécrose facilement, donnant lieu à des suppurations ou infections locales à la suite des néphrectomies. D'où la nécessité d'enlever les fragments dissociés de cette graisse.

La *périnéphrite suppurée* est assez fréquente dans la tuberculose rénale (1). Nous rapportons dans ce travail deux observations inédites (n^{os} XXVI et XLI). Dans ces deux cas, le phlegmon périnéphrétique a été la première manifestation de la tuberculose rénale. Cependant, les lésions du rein, découvertes à l'intervention, étaient très avancées. Au point de vue clinique, le phlegmon périnéphrétique tuberculeux ne présente rien de particulier chez les sujets âgés.

Association de la tuberculose rénale à d'autres affections

I. — *Tuberculose et cancer du rein*. M. Marion a publié un cas que nous résumons plus loin.

II. — *Tuberculose et lithiase rénale*. Considérée comme très rare par Rafin (2) et par Legueu (3), cette association serait plus fréquente pour Wildbolz (4), auquel nous empruntons une observation qu'on trouvera plus loin (n^o XI). Il s'agit, dans ce cas, de calculs secondaires dans un rein tuberculeux. Les calculs secondaires ne sont pas une rareté dans la tuberculose rénale. Nous en rapportons 3 autres cas, dont deux inédits. (Obs. n^o XLI, calcul rénal ; Obs. n^o XXX et n^o VI, calculs vésicaux.)

(1) Rochet. — *Encyclopédie française d'Urol.*, T. III, chap. XVII.

(2) Rafin et Arcelin. — *Calculs du rein et de l'uretère*. Paris, 1911.

(3) Legueu. — La lithiase rénale. — *Encycl. franç. d'uról.*, T. II.

(4) Wildbolz. — Tuberculose et lithiase rénale concomitante. *Revue clinique d'uról.*, 1912, juillet, p. 355.

DIAGNOSTIC

Avant d'aborder les difficultés de diagnostic, particulières à la tuberculose rénale des sujets âgés, nous pouvons résumer ainsi l'étude clinique que nous venons de tracer :

A côté d'une forme vésico-rénale, riche en symptômes des plus caractéristiques, dont la spontanéité d'apparition, jointe aux antécédents bacillaires du malade, impose, pour ainsi dire, le diagnostic,

d'autres formes, par contre, peuvent prêter facilement à confusion, à cause de l'insuffisance des symptômes rénaux, ou bien à cause de la ressemblance de ces symptômes avec ceux des autres affections urinaires des gens âgés.

De sorte que nous aurons à étudier le diagnostic, suivant que le malade se présentera atteint : de cystite, de pyurie, d'hématurie, de crises douloureuses, ou d'une tumeur rénale.

I. — Diagnostic des Cystites

Hypertrophie de la prostate. Cette affection se traduit, au point de vue clinique, par la succession de 3 périodes distinctes :

1° Période congestive, caractérisée par la pollakyurie nocturne (vers la fin de la nuit) et un peu de dysurie.

2° Période de résidu ; la pollakyurie est devenue diurne et nocturne et, si on sonde le malade après la miction, on trouve un résidu plus ou moins important. C'est la période de rétention chronique incomplète et sans distension.

3° A la 3^e période, la distension, venant s'ajouter à la rétention chronique, le malade urine par regorgement. Cette incontinence d'urine vraie, d'abord nocturne, puis permanente, se distingue facilement de la fausse incontinence des cystites, par la présence du globe vésical qui, associée aux signes fournis par le toucher rectal, doit suffire pour faire le diagnostic d'hypertrophie prostatique et épargner au malade un sondage qui pourrait être désastreux.

En somme, dans ces trois périodes, tant que la vessie n'est pas infectée, le diagnostic ne présente pas de difficultés : la pollakyurie, allant jusqu'à la fausse incontinence d'urine, qu'on observe dans la tuberculose rénale, s'accompagne toujours d'urine purulente et d'une diminution considérable de la capacité vésicale.

Le diagnostic est autrement difficile lorsque l'infection vésicale vient se greffer sur les phénomènes du prostatisme. Il suffit de relire les observations de Rochet (n^{os} III et IV), de Lepoutre (n^o V) pour s'en rendre compte.

L'hypertrophie de la prostate, étant beaucoup plus fréquente que la tuberculose rénale chez l'homme âgé, il faudra, pour éviter des erreurs, penser à cette dernière :

« 1° Quand la prostate, chez un sujet âgé, ne sera pas manifestement hypertrophiée ;

« 2° Quand la cystite affectera un type douloureux avec urine laiteuse et facilement hématurique, rebelle au traitement rationnel de la cystite chez les prostatiques ;

« 3° Quand la capacité vésicale restera constamment très réduite, — sans résidu vésical dans les intervalles de cystite » (Rochet) (1).

La plupart du temps, c'est l'examen instrumental qui franchera le diagnostic (Obs. n°^s I et II de Marion).

La cystoscopie révélera : soit des lésions bacillaires de la vessie, soit son intégrité relative — et par conséquent l'origine rénale de la pyurie — ; soit enfin l'absence de la déformation du col vésical, caractéristique de l'hypertrophie de la prostate (signe de Marion).

Cancer de la prostate. Aux symptômes de l'hypertrophie, s'ajoutent les douleurs et les hématuries. Nous n'insisterons pas sur les difficultés de diagnostic, les mêmes, en somme, que celles décrites plus haut.

La cystite des rétrécis est beaucoup plus facile à distinguer de la tuberculose vésicale (2). Ici, le malade qui a eu des blennorrhagies, présente surtout des troubles de la miction, il a pu avoir des crises de rétention aiguë et enfin l'exploration de l'urètre révèle le rétrécissement du canal. Cependant, la tuberculose rénale peut toucher un malade atteint de rétrécissement banal ; c'est le cas de l'obs. XXXII.

Les calculs de la vessie peuvent donner lieu, chez les sujets âgés, à des cystites d'allure chronique et sponta-

(1) Rochet. — *Lyon chirurgical*, 1913. 1^{er} janvier.

(2) Legueu et Michon. — *Maladie de la Vessie*. — *Nouv. Traité de Chir.* — Le Dentu et Delbet, fasc. 30, p. 169.

née, sans aucun caractère lithiasique (influence de la marche, etc.). Ces calculs sont alors des surprises de la cystoscopie ou de l'exploration urétrale.

Le néoplasme de la vessie peut se présenter avec des symptômes de cystite intense et douloureuse, accompagnée d'hématuries plus ou moins abondantes. Une infiltration de la paroi vésicale, appréciable au toucher rectal ou vaginal, fera soupçonner la tumeur, qu'on découvrira facilement à l'examen endoscopique de la vessie.

Les *troubles vésicaux d'origine génitale chez la femme* (1) tels que pollakiurie, irritabilité vésicale, dysurie, incontinence, hématuries, seront facilement reconnus, parce qu'ils sont influencés par la position de la malade et confirmés par l'examen gynécologique.

Enfin, on peut voir quelquefois des *vessies irritables* qui se traduisent par des cystalgies intenses accompagnées de pollakiurie et qu'un examen complet montre indemnes de toute lésion. C'est une véritable névralgie vésicale idiopathique.

II. — Diagnostic des Puyries

La lithiase rénale infectée est très difficile à distinguer d'une pyélonéphrite tuberculeuse. M. Marion l'a bien démontré dans ses « Leçons de Chirurgie urinaire ». En résumé, dit-il, « ce qui domine dans la symptomatologie du calcul infecté, ce ne sont plus les phénomènes provoqués par le calcul, mais ceux provoqués par la pyonéphrose et vous pouvez, en somme, retrouver le même tableau clinique, qu'il s'agisse d'une pyonéphrose calculeuse, d'une pyonéphrose simple ou d'une pyonéphrose tuberculeuse ».

(1) Kagan (M^{me}). — Thèse de Paris, 1913, N° 159.

Pour éviter des erreurs, il faut se souvenir du principe suivant :

« *Tout malade atteint d'une pyurie spontanée qui n'est pas nettement démontrée tuberculeuse doit être radiographié.* » (Marion.)

La *pyélonéphrite banale* peut présenter les mêmes difficultés de diagnostic.

Dans les deux cas, c'est le plus souvent l'examen complet des urines et de l'appareil urinaire qui permettra de dire qu'il s'agit d'une tuberculose rénale. Parfois, l'inoculation au cobaye restera la seule ressource pour établir la nature de l'affection.

III. — Diagnostic des Hématuries

Lorsque le malade vient en hématurie, le diagnostic est à faire avec le cancer du rein, la lithiase rénale et la néphrite hématurique.

Dans le *cancer du rein*, l'hématurie est spontanée, intermittente et devient de plus en plus abondante avec les progrès de la maladie, ce qui est le contraire de la tuberculose rénale. Cette hématurie n'est pas influencée par le repos, ni les mouvements et ne s'accompagne d'aucun phénomène vésical. A l'examen du malade, on trouve la tumeur rénale et souvent le varicocèle symptomatique.

Les caractères de l'hématurie dans la *lithiase rénale* sont tout à fait particuliers et faciles à reconnaître : provoquée par les mouvements, elle est bien influencée par le repos. Cependant, Escudier (1) vient de signaler quelques cas d'hématurie lithiasique atypiques. Ce sont

(1) Escudier. — Journal d'urologie, T. VIII, N° 5, 1919.

alors les antécédents du malade et la radiographie qui permettent de faire le diagnostic.

Le *papillome vésical* peut quelquefois donner lieu à des hématuries très abondantes, ayant tous les caractères d'une hématurie rénale. La cystoscopie tranchera le diagnostic.

IV. — Diagnostic des gros reins

Deux cas à envisager (1) :

1° La tuberculose vésicale est concomitante de la tumeur rénale et l'exploration a démontré l'uretère imperméable du côté de la tumeur, — le diagnostic est facile (Obs. n^{os} X et XVI).

2° La tumeur rénale est l'unique symptôme. La vessie est normale. L'uretère est imperméable du côté de la tumeur. Il faudra penser à la nature tuberculeuse de celle-ci, s'il existe des antécédents bacillaires ou une tuberculose des autres organes (Obs. n^{os} XIV et XV).

L'augmentation de volume du rein est ordinairement le signe d'une lésion de l'organe. Mais ce fait n'est pas assez général (hypertrophie compensatrice du rein sain) pour permettre de localiser à un rein, à l'exclusion de l'autre, un processus pathologique. On ne devra donc entreprendre un traitement chirurgical qu'après avoir déterminé, par les moyens habituels, la valeur fonctionnelle de chaque rein séparément (2).

Nous n'insistons pas sur le diagnostic différentiel avec les gros reins cancéreux, lithiasiques ou hydronéphrotiques. Dans la majorité des cas, il coexiste une série de

(1) Smirnow. — Pyoréphrose tub. fermée. *Folia Urologica*, T. VIII, p. 228.

(2) P. Delbet. — *Annales des mal. génito-urin.*, 1911, T. I, p. 326.

troubles fonctionnels qui facilitent le diagnostic étiologique (1).

Examen de l'Appareil Urinaire

« Pour pratiquer une néphrectomie, il faut être en possession d'un diagnostic précoce, certain et complet (Marion). » Ces trois éléments ne peuvent être obtenus que par l'examen instrumental de l'appareil urinaire. Nous allons passer rapidement en revue les différentes méthodes employées actuellement.

I. — *La radiographie*, comme nous l'avons vu, permettra tout d'abord d'éliminer les calculs du rein.

La présence des taches en couronne au milieu de l'image rénale est caractéristique d'une tuberculose à la période de caséification. La radiographie peut donc, dans certains cas, aider à localiser le rein atteint. Combinée avec la constante uréo-secrétoire, elle peut permettre alors de procéder à la néphrectomie (2).

II. — *Examen des urines*. — « Il ne faut jamais se contenter d'un examen « fait par son pharmacien » que chaque urinaire porte dans sa poche et vous montre, presque triomphalement, la première fois qu'il vient vous consulter (Marion) » (3).

Une fois sur cinq, on trouvera le bacille de Koch. D'autres fois, c'est la présence de leucocytes très altérés (signe de Colombino), ou bien l'amicrobie d'une urine purulente qui feront penser à la tuberculose.

(1) Marion. — Diagnostic des gros reins. *Leçons de chir. ur.*, Paris, 1 vol.

(2) Legueu. — *Journal des Praticiens*, T 28, 1914, p. 22.

(3) Marion. — *Leçons de chir. ur.*, p. 62.

III. — *L'inoculation au cobaye*, quand elle est positive, apporte la certitude. Mais, négative, elle ne doit pas éliminer la tuberculose. Un auteur allemand (1) a utilisé l'inoculation simultanée sous et intra-dermique sur le même cobaye. Il a obtenu ainsi 88 % de résultats positifs entre 11 et 14 jours après l'injection.

IV. — *La cystoscopie* est d'une importance capitale pour l'examen de l'appareil urinaire. Les images cystoscopiques de la tuberculose vésicale, surtout au début, sont tellement caractéristiques, qu'elles deviennent un facteur des plus importants pour le diagnostic précoce et certain de la tuberculose rénale.

Dans le Traité de cystoscopie de Marion, Heitz-Boyer et Germain, les lésions vésicales sont divisées en deux formes :

La tuberculose vésicale proprement dite, et la *cystite tuberculeuse*.

1° Nous n'insisterons pas sur les caractères particuliers des trois lésions fondamentales de la *tuberculose vésicale* (2) : la granulation, l'ulcération et les taches ecchymotiques. Elles seront surtout significatives par leur coexistence dans une même vessie. Enfin, le siège des ulcérations au niveau ou au pourtour des orifices urétéraux ou au sommet de la vessie, alors que le reste de la cavité est sain, sont autant de présomptions en faveur de la tuberculose vésicale.

Le diagnostic, enfin, devra s'aider de l'examen des *orifices urétéraux*.

(1) Meyer. — *Zeitschrift für Urologie*. Berlin, 1914, p. 378.

(2) Heitz-Boyer. — La Cystoc. dans la tub. vés. *Journal d'uro.*, 15 juin 1914.

Ces lésions ostiales sont très précoces et vont d'une rougeur simple ou d'un piqueté hémorragique, appréciable par la comparaison des deux orifices, jusqu'à l'ulcération franche qui permet d'affirmer la tuberculose rénale. On pourra aussi constater l'éjaculation de sang et de pus.

2° Dans la *cystite tuberculeuse*, l'infection secondaire a complètement transformé les lésions si caractéristiques que nous venons de voir. Quelquefois, parmi les lésions de cystite banale, on retrouvera encore les ulcérations spécifiques. Mais, le plus souvent, l'examen cystoscopique, à lui seul, ne permettra pas d'établir le diagnostic qu'il sera nécessaire de préciser par les examens de laboratoire.

La *biopsie* décrite par Buerger (1) est à ajouter aux méthodes d'exploration, au moins pour certains cas exceptionnels. Au moyen d'un cystoscope opérateur, on prélève un petit fragment de la muqueuse du méat urétéral. A l'examen histologique, on trouve des follicules tuberculeux, alors que les autres symptômes démonstratifs manquent.

Il ne faudra pas confondre les granulations tuberculeuses avec la *cystite granuleuse* de Casper, l'*œdème granuleux* ou les petits abcès simples de la paroi vésicale qui relèvent de l'infection banale. Dans les cas difficiles, c'est l'évolution qui démontrera la nature tuberculeuse d'une granulation qui finira alors par se caséifier et s'abcéder.

La *forme ulcéreuse pure du carcinom* se distingue de l'ulcération tuberculeuse par le fond très irrégulier, les bords nettement découpés, comme abrasés. Et, carac-

(1) Buerger. — *Journal d'urolog.*, T. III, 15 avril 1913, p. 431.

rière important pour le diagnostic, la muqueuse, autour de l'ulcération, ne présentant pas de lésions de cystite, reprend rapidement son aspect normal.

V. — *Cathétérisme des uretères.* — Cette exploration rénale permettra de constater : 1° l'existence d'une lésion rénale et de quel côté elle s'ège, si elle est à droite ou à gauche, ou si elle est bilatérale ; 2° dans quelle mesure le rein malade est lésé ; 3° jusqu'à quel point le rein meilleur est indemne et serait susceptible dans l'hypothèse d'une néphrectomie, d'assurer à lui seul l'existence de l'opéré.

Les procédés d'investigation rénale, qui sont utilisés pour l'examen fonctionnel des deux reins séparés, sont : la polyurie expérimentale, la concentration maxima de l'urée, l'élimination du bleu de méthylène ou de la phénolsulfophtaléine, la glycosurie phlorizique. L'étude complète de ces divers procédés n'entre pas dans le cadre de notre travail. Leur importance, au point de vue urinaire, est essentiellement due à la *valeur comparative des éliminations des deux reins*, qu'ils nous fournissent.

VI. — *La constante uréo-sécrétoire d'Ambard* peut être d'une grande utilité pour l'examen fonctionnel des reins du sujet âgé. Elle donne, en somme, par un chiffre, la mesure de la néphrite urémigène dont les reins sont atteints et peut permettre ainsi de déceler la sclérose rénale très fréquente chez les malades âgés. Donc, la constante, par l'élévation de son chiffre, pourra donner la limite de l'opérabilité. Pour Legueu (1), le chiffre 0,120 à 0,150 est une contre-indication formelle pour la néphrectomie. D'autre part, une bonne constante peut,

(1) Legueu. — *Journal d'Urol.*, T. V, 15, janvier 1914.

dans certaines conditions, donner la certitude d'un fonctionnement normal du rein sain. C'est ainsi que dans l'obs. n° XXXI (Marion), où toute exploration vésicale a été impossible à cause de l'intensité de la cystite, une $K = 0,08$ avec $U = 0,34$ a permis d'enlever un rein complètement détruit par la tuberculose.

Mais la constante n'a rien à voir avec la localisation de la tuberculose dans le rein droit ou le rein gauche. C'est dire que dans les cas qui sont à la limite de l'opérabilité, il est impossible de se baser uniquement sur les données qu'elles nous fournit. Dans ces cas, seule une exploration rénale, donnant la certitude absolue, peut permettre d'opérer (1).

Les indications fournies par l'étude de l'azotémie sont parallèles à celles de la constante. Elle n'aura donc d'utilité que quand elle restera normale (0,15-0,30), ou bien quand elle sera très augmentée (0,50 à 1,00). Sa recherche peut être intéressante encore pour le pronostic.

Dans certains cas, enfin, la *réaction de l'antigène* dans les urines (Debré et Paraf) (2) pourra permettre de faire un diagnostic rapide de la tuberculose urinaire.

Pour terminer l'étude de ces différents procédés d'investigation rénale, nous pouvons conclure avec Braun et Cruet (3) : « Toutes ces méthodes comportent, d'une part, des causes d'erreurs ; d'autre part, des éléments de certitude ; elles finissent cependant, en se complétant les unes les autres, par fournir des résultats qui contribuent à donner au diagnostic de nature et de côté, la précision nécessaire à l'acte chirurgical. »

(1) Marion. — *Journal d'Urol.*, T. V, 1914, p. 589.

(2) Heitz-Boyer. — *Journ. d'Urol.*, T. I, 15 janvier 1912.

(3) Braun et Cruet. — *Annales des mal. des org. génito-urin.*, 1909, T. II, p. 1.605.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

I. — Néphrectomie dans la tuberculose unilatérale

Les formes opérables se montrent plus rarement chez l'homme que chez la femme (1). La néphrectomie chez les sujets âgés, comme chez l'adulte, reste la seule ressource thérapeutique, si l'autre rein a été reconnu au préalable suffisant et indemne. Cette intervention ne présente pas de gravité particulière chez les gens âgés. Sur les 18 néphrectomisés de M. Marion, un seul décès post-opératoire est noté (Obs. n° XXXIV), à la suite d'une opération rendue particulièrement difficile par une périnéphrite très intense. Presque toujours, l'état général et le poids du malade se sont trouvés sensiblement améliorés. Cette amélioration a été particulièrement frappante dans l'obs. de Rafin (n° XXII) et celle de Sutter (n° LII). Nous verrons tout à l'heure que la cystite, par contre, ne rétrocede pas toujours après la néphrectomie et constitue parfois un écueil sérieux au cours de l'évolution ultérieure. Les suites opératoires n'ont rien de particulier.

(1) Thelliez. — Thèse de Lille, 1919.

Dans quelques cas rares, des hématuries post-opératoires, précoces ou tardives, ont été notées (1) (Obs. n^{os} IX, XXVIII et XXX). Cette complication, d'un pronostic immédiat bénin, marque le plus souvent la tuberculisation du rein opposé.

Résultats éloignés

Nous avons pu obtenir des renseignements sur l'état ultérieur de 5 malades opérés par M. Marion. Dans un seul cas, les suites ont été médiocres : 2 ans après l'intervention, le second rein semblait être pris. Nous n'avons pu savoir ce qu'est devenue la malade depuis (Obs. n^o XXVIII). Dans les 4 autres cas : la guérison s'est maintenue 7 ans après pour la malade de l'obs. n^o XXIV et 2 ans et 3 mois après pour la malade de l'obs. n^o XXV. Le malade de l'obs. n^o XXVI est mort, 7 ans $\frac{1}{2}$ après la néphrectomie, d'une tumeur blanche du poignet, sans avoir présenté de troubles urinaires. Enfin, la malade de l'obs. n^o XL, néphrectomisée pour une tuberculose et un cancer concomitant du rein, est morte 4 ans après l'intervention.

Nous pouvons joindre aux cas de M. Marion celui de Verhoogen (Obs. n^o X), où le malade était bien portant 6 ans après l'intervention et les 4 obs. de Boeckel (n^{os} XLVIII, XLIX, L et LI), où la survie a été respectivement de 5 ans, 4 ans et 3 mois, 1 an et demi, 14 mois.

En tenant compte des conditions sociales, le plus souvent mauvaises, des malades hospitalisés, il nous semble que ces résultats sont très encourageants ou en tout cas ne sont pas moins satisfaisants que ceux obtenus,

(1) Pena M., Thèse de Paris, 1912-13, N^o 211.

chez l'adulte, par la néphrectomie dans la tuberculose unilatérale.

II. — Néphrectomie dans la Tuberculose bilatérale

La tuberculose bilatérale, nous l'avons vu, n'est pas rare chez les sujets âgés. Ces malades sont voués à une mort qui, sauf quelques exceptions, arrive à bref délai au milieu des souffrances les plus pénibles. L'idée d'une intervention peut s'imposer pour soulager ces malheureux.

Après le rapport de M. le professeur Legueu au 3^e Congrès International d'Urologie (Berlin, juin 1914), Rousseau (1), dans sa thèse, montre que la néphrectomie peut donner des survies opératoires de plusieurs années avec amélioration de l'état général et des troubles vésicaux et même des guérisons.

Sur les 9 cas de tuberculose bilatérale, dont les observations sont réunies à la fin de ce travail, 5 ont subi la néphrectomie avec une amélioration immédiate et des résultats éloignés variables (Obs. n^{os} I, XII, XIII, XXX et XXXIX).

Les indications de la néphrectomie dans la tuberculose bilatérale peuvent se résumer de la façon suivante (Rousseau) :

a) *Cas urgents* : fièvre, rétention, hématuries, douleurs intolérables, etc., — la néphrectomie s'impose.

b) *Cas non urgents*, — la néphrectomie ne doit pas être tentée sans examen séparé des deux reins. Dans ces cas, lorsque les lésions sont également réparties des deux côtés, — il ne faudra pas intervenir. Si les lésions sont inégales dans les deux reins, — il faut se guider

(1) Rousseau. — Thèse de Paris, 1913-14, N^o 428.

uniquement sur le fonctionnement des reins et non sur l'intensité des lésions rénales (1).

La constante d'Ambard peut-être de grande utilité en indiquant nettement la limite de l'opérabilité. Mais, même dans les cas où la néphrectomie est contre-indiquée, les malades ne doivent pas être abandonnés et nous ne pouvons mieux faire que de citer ici le conseil de M. le P^r Legueu :

« Je vous rappelle qu'il ne faut jamais vous désintéresser d'un malade que vous supposez condamné à une situation sans appel, que vous devez suivre et examiner de temps en temps à nouveau un sujet à qui vous avez cru devoir refuser une néphrectomie. Il est possible que vous ayez commis une erreur ou que son état se modifie et devienne un jour, justiciable d'une opération antérieurement jugée inutile ou impossible à tenter » (2).

Nous verrons tout à l'heure tout le bénéfice qu'on peut tirer du traitement médical et tuberculinique en faveur de ces malades.

III. — Traitement de la Cystite Tuberculeuse

Dans la tuberculose rénale, l'état de la vessie règle souvent le pronostic opératoire et Pillet (de Rouen) (3) a résumé cette opinion dans cette heureuse formule : « la vessie est le réactif le plus sensible de la tuberculose rénale ».

Les lésions tuberculeuses de la vessie guérissent spontanément à la suite de la néphrectomie, dans la

(1) Legueu. — *Journal des Praticiens*, T. XXVIII, 1914, p. 163.

(2) Legueu. — *La Clinique*, N° 15, 10 avril 1914.

(3) Pillet. — *Des pyonéphroses tuberculeuses*. 1 broch., Rouen, Girieud., édit.

grosse majorité des cas. Cependant, lorsque la cystite tuberculeuse a été très prononcée, elle peut persister longtemps après l'intervention. Dans certains cas, cette cystite semble être entretenue par le moignon urétéral. La guérison peut être hâtée par des instillations d'huile goménolée à 20 %. D'autres fois, on sera obligé de faire un traitement plus intense pour arriver à bout des lésions vésicales qui sont une menace pour le rein laissé. Diverses méthodes ont été conseillées :

L'enfumage iodé (1), les injections de bacilles lactiques (2), injections d'acide phénique à 6 % (3).

Quelquefois, on pourra être amené à faire une cystostomie pour soulager le malade (Obs. n^{os} II et VII). Heitz-Boyer a obtenu des guérisons par l'étincelage (4).

(1) Normand. — *Journal d'urol.*, T. V, N° 3, 15 mars 1914.

(2) Marion. — *Bulletin et Mém. de Soc. de Chir. de Paris*, 26 mai 1914, p. 655.

(3) Roysing. — *Revue Clinique d'Urologie*, Mai 1913, Paris.

(4) Heitz-Boyer. — *Journal d'urol.*, T. V, N° 2, 15 février 1914.

TRAITEMENT MEDICAL

Le traitement général a une grande importance dans la tuberculose rénale opérée ou non. M. le D^r Marion (cité par Rousseau) (1) évalue les suites opératoires des tuberculoses unilatérales de la façon suivante : 75 % de guérison définitive chez les malades de ville et 25 % chez les malades hospitalisés. Au point de vue de l'hygiène et de l'alimentation, le tuberculeux rénal doit être considéré beaucoup plus comme un tuberculeux que comme un rénal (Robin) (2). C'est ce qui explique la différence si sensible des statistiques selon la situation sociale des malades.

Quant au traitement tuberculinique, tel qu'il a été réglé par Castaigne (3), il pourra rendre des services après la néphrectomie (Obs. n° XII). Mais il est indiqué aussi, quand l'intervention chirurgicale est rendue impossible par la bilatéralité des lésions.

(1) Rousseau. — Thèse de Paris, 1914, loc. cit.

(2) Robin. — *Journal méd. franç.*, 15 novembre 1912, p. 476.

(3) Castaigne et Bénazet. — *Journal méd. franç.*, 15 juillet 1914, p. 301.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

(Inédite de M. Marion)

Tuberculose rénale bilatérale. Symptômes vésicaux. Néphrectomie. Bon résultat opératoire.

M. G..., âgé de 58 ans, m'est amené par le Dr Laisney. Depuis un an environ, le malade souffre de dysurie et de fréquence des mictions. Les urines sont très troubles. Une série de traitements ont été pratiqués sans résultat. Le malade a passablement maigri. Il m'est amené comme un prostatique infecté qu'il faudrait débarrasser de sa prostate.

Je pratique une cystoscopie en présence du Dr Laisney et je conclus, étant donné l'état relativement bon de sa vessie, que le malade est atteint d'une suppuration non pas uniquement vésicale, mais d'une suppuration rénale et je conseille un cathétérisme urétéral qui démontrera les lésions. Ce cathétérisme urétéral indique que le rein droit contient du pus en grande abondance; malheureusement, le rein gauche n'est pas absolument indemne et contient également un peu de pus. Il y a, malgré tout, une telle différence entre la valeur du rein droit et celle du rein gauche (R. D. 0 gr. 13 d'urée, R. G. 2 gr. 07 en deux heures) que, sans hésiter, je conseille l'ablation du rein droit. Les lésions vésicales ulcéreuses indiquaient nettement qu'il s'agissait de tuberculose.

Cette ablation fut pratiquée au mois de mars 1919.

La lésion rénale consistait en une pyonéphrose tuberculeuse, le rein se trouvant creusé de multiples cavités remplies de pus et la substance rénale se trouvant réduite à très peu de chose.

L'opération fut très bien supportée et, à la suite de cette intervention, le malade améliora notablement sa vessie et son état général redevint satisfaisant.

Revu au commencement de novembre de la même année, le malade avait engraisé de 7 kilos; il n'urinait plus à ce moment que toutes les deux heures, mais ses urines étaient encore extrêmement troubles et, de temps en temps, il éprouvait une petite douleur du côté de son rein gauche.

OBSERVATION N° II

(Inédite de M. Marion)

Tuberculose rénale probablement bilatérale. Symptômes vésicaux. Cystite très intense empêchant le cathétérisme urétéral. Cystostomie pour soulager la douleur vésicale. Mort 3 ans et demi après le début.

M. M..., 64 ans, vient me trouver au mois d'avril 1918 pour une cystite dont il souffre depuis deux ans, qui n'a jamais été traitée de façon très suivie et qui, dans ces derniers temps, s'est aggravée assez notablement. Le malade urine toutes les heures environ avec des épreintes douloureuses à la fin de la miction; ses urines sont troubles, sanglantes par moments; son état général est satisfaisant, mais cependant il a déjà maigri de 4 à 5 kilos dans ces derniers mois.

Pensant qu'il s'agit purement et simplement d'une cystite chez un prostatique, je commence par essayer des nettoyages avec quelques lavages au nitrate d'argent; mais ces lavages étant mal supportés, je demande une cystoscopie, pensant à un calcul entretenant la cystite. Je constate que la vessie présente une

rougeur diffuse avec quelques ulcérations au sommet et au niveau du bas-fond vésical. Les régions urétérales sont œdémateuses. Ces lésions me font immédiatement penser qu'il s'agit d'une tuberculose vésicale.

Je fais pratiquer des inoculations et, en même temps, je conseille au malade des injections d'huile goménolée et l'absorption de pilules de bleu de méthylène. Le malade, à la suite de cette médication, se trouve passablement soulagé.

Le résultat des inoculations montra qu'il s'agissait de tuberculose urinaire. J'essayai à ce moment de pratiquer un cathétérisme urétéral, mais ce cathétérisme fut rendu impossible par les lésions du bas-fond vésical que l'on constatait plus accentuées qu'elles n'étaient lors de la première cystoscopie. Je n'insistai pas autrement, car le malade était par ailleurs bronchitique et très emphysémateux, cardiaque, dans un état général qui allait s'affaiblissant assez rapidement et je conseillai uniquement de continuer le traitement qui lui réussissait à peu près, c'est-à-dire le bleu de méthylène et l'huile goménolée.

Cette situation dura, avec des hauts et des bas, jusqu'au mois de mai 1919. A cette époque, le malade souffrait de nouveau de plus en plus, j'essayai encore de pratiquer un cathétérisme urétéral après l'avoir endormi, mais sans aucun résultat, les lésions vésicales s'étant encore notablement accentuées.

Devant l'aggravation des symptômes vésicaux, au mois de juin 1919, je conseillai une cystostomie pour calmer les douleurs. Cette cystostomie fut pratiquée à la Maison des Frères Saint-Jean de Dieu, après rachi-anesthésie. Elle apporta un soulagement remarquable aux douleurs du malade, mais l'état général ne s'améliora cependant pas et le malade succombait au mois de septembre, après avoir décliné progressivement et s'être cachectisé peu à peu.

OBSERVATION N° III (Rochet)

(*Lyon Chirurgical* du 1^{er} janvier 1913.)

Il y a 3 ans environ, j'ai observé un malade qui m'avait beaucoup frappé. Je me confiai, sans soupçon, à un diagnostic porté sur lui depuis longtemps déjà, et tellement vraisemblable d'ailleurs, que je ne songeai pas, de prime abord, à le discuter.

C'était un homme de 65 ans environ, bien portant jusqu'alors, et qui avait été pris depuis plusieurs mois, de phénomènes de dysurie douloureuse, progressivement croissante, qui avaient été mis sur le compte du prostatisme.

De fait, on sentait une prostate un peu hypertrophiée du côté du rectum, et la maladie avait débuté par des envies d'uriner la nuit. Un régime sévère, quelques médicaments avaient été mis en œuvre, puis, les urines étant assez troubles, on avait institué quelques lavages vésicaux.

Quand je vis le malade, je trouvai des urines sales, de couleur laiteuse, même parfois légèrement hématurique, et une pollakiurie assez accusée (10 ou 12 fois le jour, 6 à 8 fois la nuit). L'exploration de la vessie ne montrait pas de calcul; la prostate était un peu saillante du côté du rectum, mais sans granulations dures, sans bosselures. J'essayai une cystoscopie, mais je ne pus rien voir de net, à cause de la douleur et de l'intolérance vésicale. Aucune douleur rénale, ni sous forme de décharges douloureuses intermittentes, ni sous forme de douleurs continues.

Pensant que les lavages à l'eau bouillie, jusque-là employés, n'étaient pas suffisants, j'essayai quelques lavages au nitrate d'argent faible et au permanganate; ils amenèrent une recrudescence des douleurs et de la pollakiurie, et même quelques

légères hématuries. Les sondages permirent de constater, d'ailleurs, *qu'à aucun moment il n'y avait de résidu urinaire notable dans la vessie*. Je laissai alors le malade au traitement purement médical, avec quelques lavages à l'eau bouillie, quand les urines étaient spécialement troubles.

Mais le sujet maigrissait, perdait ses forces, et, un jour, en présence de cette chronicité inexplicable, sans rétention véritable, l'idée me vint de faire l'inoculation des urines à un cobaye. Celui-ci dépérit rapidement, et, *trois semaines environ après l'inoculation, succombait à une tuberculose manifeste*.

Ce fut un trait de lumière pour moi : bien des détails, précédemment indiqués et restés obscurs, s'expliquèrent alors. L'état du malade ne fit qu'empirer par la suite ; il prit une laryngite avec aphonie, se cachectisa et mourut assez vite de tuberculose des voies respiratoires.

OBSERVATION N^o IV (Rochet)

Le hasard voulut qu'au début de cette année, je visse un malade de même âge que le précédent, à peu près (63 ans), et présentant une histoire clinique à peu près identique, avec le même diagnostic porté de cystite chronique chez un prostatique. Mais j'étais averti cette fois.

Depuis plusieurs mois il était traité sans succès par le régime, les moyens médicaux les plus variés, désinfectants urinaux internes, balsamiques, etc... Les lavages vésicaux n'avaient amené aucun résultat non plus, et, depuis trois mois notamment, la situation avait notablement empiré. La nuit, le sujet urinait 15 ou 20 fois, et autant le jour ; aucun sommeil, des brûlures, des cuissons le long du canal et au col de la vessie. Aucun symptôme rénal manifeste ; pas de douleurs spontanées ou provoquées ; pas d'augmentation de volume des reins.

La prostate était un peu ronde, ferme, mais pas grosse ; pas de grains, ni de dureté dans son épaisseur.

La cystoscopie, douloureuse et difficile, en raison de la faible capacité vésicale, me permit cependant, à un examen rapide fait après une instillation novocaïnée, de me rendre compte qu'aucune saillie anormale n'existait autour de l'orifice urétro-vésical, et je fus même assez heureux pour pouvoir introduire une sonde dans l'un des uretères ; je ne vis pas l'autre orifice. Cette sonde me donna une urine, aussi trouble que l'urine générale, et je l'inoculai à un cobaye. Je m'étais rendu compte aussi qu'il n'y avait ni tumeur, ni ulcérations étendues dans la vessie, ni aucun calcul non plus.

L'urine rénale tuberculisa nettement et rapidement le cobaye. Le malade vit toujours, mais son état s'aggrave toujours, et il souffre de plus en plus. Je n'ose pas tenter d'intervenir sur le rein, n'ayant pas pu me rendre compte si l'autre était bon.

Voilà deux faits de tuberculose urinaire chez deux sujets ayant dépassé la soixantaine, et qui étaient considérés comme des cas de cystite chronique douloureuse chez des prostatiques. Chez l'un d'eux, même, les accidents étaient dus, comme chez un sujet jeune, à une tuberculose rénale ; chez l'autre, on ne peut l'affirmer, mais il y a bien des chances qu'il en soit de même.

Je fais encore observer qu'ici, comme il arrive si souvent pour les malades plus jeunes, la lésion du rein a passé absolument silencieuse, et que les signes cliniques se sont concentrés uniquement sur la vessie.

OBSERVATION N° V (Lepoutre, de Lille)

(*Presse Médicale* du 22 septembre 1919.)

M. D... L..., 58 ans, de Tourcoing, vient me consulter le 29 janvier 1916. Depuis novembre 1915, il s'aperçoit d'une fré-

quence plus grande des mictions, particulièrement la nuit; peu à peu, la fréquence est devenue aussi diurne. Bientôt les mictions deviennent douloureuses.

Les urines n'ont pas particulièrement attiré son attention; quelques flocons de sang, au début de l'affection, dit-il.

En le serrant de près, on lui fait dire qu'il souffrait des reins depuis longtemps. Il signale aussi que depuis une dizaine d'années il était assez lent à uriner, et urinait trois fois la nuit.

C'est un homme maigre, d'apparence peu robuste, et paraissant plus âgé qu'en réalité.

Examen. — Les urines sont absolument troubles et renferment au simple examen une grande quantité de pus.

Le palper des fosses lombaires ne permet pas de percevoir les reins. Cependant, tandis qu'à gauche les parois se laissent facilement déprimer, on note à droite une résistance non douteuse. On ne provoque aucune douleur.

Le palper ni la percussion ne permettent de sentir le globe vésical.

Le toucher rectal fait percevoir une prostate normale, non augmentée de volume, ne présentant aucune induration.

L'urètre est libre à l'explorateur à boule n° 22.

Le malade ayant uriné, la sonde ne ramène aucune goutte d'urine. Nous cherchons à introduire de l'eau bouillie dans la vessie. La capacité vésicale est de 30 centimètres cubes à peine; le liquide s'échappe entre la sonde et l'urètre, et le malade accuse une sensation douloureuse.

L'explorateur métallique ne révèle ni calcul, ni corps étranger. Réflexes rotuliens et oculaires normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

L'interrogatoire nous avait fait penser à une banale hypertrophie de la prostate. L'examen change totalement notre opinion. Cette réduction considérable de la capacité vésicale, ces

urines purulentes chez un homme qui n'a jamais été sondé doivent attirer particulièrement notre attention. Nous demandons l'analyse microscopique du sédiment avec recherche du bacille de Koch.

Le 12 février, le malade nous apporte l'analyse suivante :

Leucocytes extrêmement nombreux. *Hématies* rares. *Cellules épithéliales* de la vessie et du bassinot : rares. *Bacterium coli* : présent. *Bacilles de Koch* : présents, mais rares.

Par une observation plus attentive, il peut m'apporter les faits suivants. Il urine de douze à quinze fois la nuit. Il dort mieux vers le matin, où il peut parfois demeurer une heure sans uriner. Pendant la journée, urine trois ou quatre fois, de 9 h. à midi ; dans l'après-midi, urine tous les trois quarts d'heure. Il perd quelquefois un peu d'urines dans la première partie de la nuit.

Je palpe à nouveau ses fosses lombaires et trouve encore de la résistance à droite.

Je trouve de plus une adénite dure rétro-maxillaire à droite, probablement de même nature. Rien aux testicules ni aux épidyndymes.

Le diagnostic s'impose : tuberculose vésicale due à une tuberculose rénale probablement droite.

Le sujet me paraît peu résistant. Je recueille aseptiquement les urines pour inoculation au cobaye. Je recueille du sang pour la recherche de l'azotémie.

Traitement : local, injections d'huile goménolée, suppositoires belladonnés opiacés, lavements chauds ; *général* : hygiène alimentaire, sels de chaux à l'intérieur.

Le 24 mars. Le malade se dit amélioré. Son entourage me demande de ne pas lui parler d'une intervention chirurgicale dont j'avais fait prévoir la gravité. La connaissance de l'azoté-

mie, qui est de 6,85, me range à leur opinion. La cystoscopie est impossible; la capacité vésicale étant toujours réduite.

En avril, nous apprenons que l'inoculation a été positive : les souffrances n'augmentent pas, mais le malade s'affaiblit progressivement.

Je le perds de vue pendant un certain temps.

Le 2 juillet, le malade me fait appeler chez lui, car il ne peut plus voyager. Je retrouve les premiers symptômes, mais aujourd'hui le rein droit est nettement augmenté de volume : on le sent facilement par le palper bimanuel, on provoque le ballonnement, etc. De plus, il y a de la fièvre : température presque normale le matin, au voisinage de 39° le soir. On se contente d'un traitement symptomatique.

Le 10 août, l'accentuation des symptômes force le malade à garder le lit. Il se cachectise peu à peu.

Nous apprenons que la mort survient le 4 octobre 1916.

OBSERVATION N° VI (POUSSON)

Résumée

(Rivière. — Thèse de Bordeaux 1908, N° 127)

M. P... Etienne, âgé de 50 ans.

Cystite tuberculeuse diagnostiquée il y a 12 ans par le Pr Pousson. Il y a un mois, le malade est venu retrouver M. Pousson pour envies fréquentes d'uriner, douleurs à la miction, hématuries. Noyau bacillaire dans l'épididyme. Prostate bosselée. Rien aux reins. Au cours d'un cathétérisme, M. Pousson a trouvé dans la vessie un calcul paraissant assez volumineux et dur. Il est enlevé par cystostomie sus-pubienne. Amélioration.

OBSERVATION N° VII (Poncet)

(Rivière. — *Loc. cit.*)

M. D... Jean, âgé de 59 ans. Entré, le 17 juillet 1899, dans le service de M. le Pr Poncet, pour des troubles urinaires remontant à 3 ans environ. Jamais de blennorrhagie.

Il y a 8 jours, on a dû le sonder pour un accès de rétention. Même manœuvre le 17 juillet. A son entrée à l'hôpital, la vessie est distendue à l'excès. La prostate est de volume normal; les testicules et les épидидymes sont sains. La température est à 39°, la langue sèche, la voix voilée, le teint jaunâtre, marquant une cachexie urinaire profonde. Un cathétérisme prudent ne réussit pas.

Cystostomie sus-pubienne d'urgence.

Amélioration remarquable de tous les symptômes après l'intervention et le malade sort le 24 août.

Il revient le 1^{er} octobre avec une ulcération tuberculeuse du méat hypogastrique.

Mort des suites du progrès de l'infection tuberculeuse, le 10 novembre de la même année. .

OBSERVATION N° VIII (Legueu)

(*Archives Urologiques de Necker*, 31 mars 1914)

Pseudo-kyste, reliquat d'une tuberculose rénale guérie, diagnostiquée et traitée par M. Guyon, 15 ans auparavant. Néphrectomie droite.

M. A. L..., âgé d'une cinquantaine d'années, accusant une hématurie comme symptôme presque unique.

A eu, il y a 15 ans, des signes de tuberculose rénale et génitale pour lesquels il fut soigné par Guyon. La tuberculose rénale fut soupçonnée alors à cause de la pyurie, la pâleur des urines, la pollakyurie diurne et nocturne, des douleurs rénales droites, le tout précédant la tuberculose épichidymaire.

Après deux ans, tous les accidents disparurent et il n'en fut plus question jusqu'à ces dernières années; les urines furent absolument claires pendant treize ans. A ce moment reparurent des hématuries et une très légère pyurie.

Le cathétérisme urétéral permet, difficilement, de localiser une tuberculose dans le même rein qui avait été atteint antérieurement.

La néphrectomie est pratiquée en juillet 1913 par le professeur Legueu.

Le rein, de volume normal, présente extérieurement, sur la partie inférieure de la face postérieure, une profonde dépression cunéiforme lisse. Ouvert le long de son bord externe, il montre des lésions récentes de tuberculose ulcéro-caséuse des papilles supérieures, avec une lésion caséuse isolée d'une pyramide. Le bassinet n'est pas tuberculeux.

A la partie inférieure, le fond du calice inférieur est occupé par une saillie rémittente et transparente qui paraît être un kyste. Une coupe transversale montre que ce kyste répond, par sa surface externe, au fond de la dépression de la surface du rein. Nous croyons bien nous trouver ici, en face d'une lésion pseudo-kystique guérie du rein.

OBSERVATION N° IX (Jeanbrau)

(Thelliez. — Thèse de Lille 1919, N° 32)

Néphrectomie pour tub. rén. droite. Hématurie abondante le 4^e jour après l'intervention.

Ch. R..., 50 ans, m'est envoyé pour des hématuries sponta

nées survenues à intervalles irréguliers (tous les quatre ou cinq mois environ).

A l'examen en mai 1912, état général satisfaisant. Urines troubles, purulentes, dans lesquelles l'examen sur lames décèle le bacille de Koch. Lobe droit de la prostate dur et douloureux, et nodule dur de la queue de l'épididyme correspondant.

Mictions toutes les heures $\frac{1}{2}$ le jour. Reins non sentis et non douloureux.

L'examen des fonctions rénales montre que le rein droit donne des urines purulentes contenant un tiers d'urée de moins que celle du rein gauche qui est limpide. Orifice urétéral droit rouge creusé dans une muqueuse rigide.

Néphrectomie droite. Le rein contient une caverne du volume d'une châtaigne dans son pôle supérieur. On voit un foyer hémorragique, correspondant probablement au siège d'origine de la dernière hématurie dans la paroi de la caverne.

Suites opératoires très simples, sauf que le matin du quatrième jour, le malade fit une hématurie indolore et très abondante. Cette hématurie dura presque toute la journée (six mictions furent sanglantes). La plaie se cicatrisa normalement et le malade était guéri le vingt-septième jour. — Pas de renseignement sur l'état actuel.

OBSERVATION N° X (Verhoogen)

(Thèse de Thelliez. — *Loc. cit.*)

Depuis dix ans, souffre de crises vésicales caractérisées par un besoin d'uriner impérieux et persistant. Ces crises se répètent de plus en plus fréquemment. L'urine est fortement chargée de pus.

Depuis trois mois environ, il s'est développé dans le flanc gauche une tumeur qui remplit toute la région jusqu'à la ligne médiane, descend jusqu'à la crête iliaque et disparaît en haut sous le rebord costal. Cette tumeur est molle, bosselée et donne très manifestement la sensation du ballottement rénal. Elle est séparée de la paroi abdominale par une zone de tympanisme.

Le rein droit paraît normal.

Vessie très sensible, saignant facilement.

Ulcères situés sur le bas-fond, rougeur généralisée.

Urines chargées d'un pus gluant dans lequel on retrouve le bacille de Koch.

Pas de lésions tuberculeuses apparentes dans d'autres organes. Amaigrissement. Etat général déplorable.

Diagnostic. — Pyonéphrose tuberculeuse. Tuberculose vésicale. Néphrectomie, 27 septembre 1892.

Le rein gauche est transformé en une vaste poche remplie d'un pus crémeux, épais et malodorant.

Sortie le 27 octobre. Cicatrisation complète de la plaie. Etat général excellent. Le malade a notablement engraisé.

Août 1898 : Le malade se trouve dans d'assez bonnes conditions de santé, mais il souffre toujours de la vessie. A l'examen cystoscopique, on constate que les ulcérations ont disparu, mais qu'il reste dans le bas-fond un foyer étendu de cystite, où la muqueuse est rouge sombre et que recouvrent de nombreuses plaques d'épithélium en desquamation.

Le malade, depuis 1892, a d'ailleurs cessé de se soigner d'une manière quelconque.

OBSERVATION N° XI (Wildbolz)

(*Revue Clinique d'Urologie*. Juillet 1912)

Calculs secondaires dans un rein tuberculeux. Symptômes de pyélonéphrite. Néphrectomie gauche.

Une dame de cinquante ans me consulte pour troubles urinaires. Fréquence de mictions, dépôts purulents de l'urine, coli-

quès assez fortes dans la région du rein droit, forte fièvre jusqu'à 39°5. Quatre ans auparavant, la malade avait été opérée après un diagnostic de calculs biliaires. On n'avait trouvé que de tout petits grains biliaires qu'on enleva. Mais les douleurs du côté droit persistèrent après l'opération comme auparavant.

A l'examen de la malade excessivement grosse, on ne pouvait pas palper les reins. Dans l'urine, on trouvait beaucoup de streptocoques, des bact-coli, pas de bacilles de Koch, du pus en grande quantité. La cystoscopie montrait une cystite diffuse, peu prononcée; quelques petits nodules avec un bord rouge; de l'uretère gauche on voyait sortir du pus. La séparation des urines prouvait que le rein droit, le rein dans lequel la malade localisait ses fortes coliques, éliminait une urine claire avec des soupçons d'albumine, mais sans leucocytes, ni bacilles; le rein gauche n'éliminait que du pus assez épais.

A l'opération, je trouvai un rein gauche complètement caverneux retenant dans son bassinnet deux calculs de la grandeur d'une noisette, dont l'un s'était introduit dans l'uretère. L'examen microscopique montrait dans la paroi des cavernes, beaucoup de tubercules typiques avec cellules géantes et cellules épithélioïdes.

OBSERVATION N° XII (Lavenant)

(Rousseau. — Thèse de Paris 1914, N° 428.)

Néphrectomie sous-capsulaire pour pyonéphrose. Bacilles de Koch de chaque côté. Deux ans après : bon état général, pas de troubles urinaires.

M^{me} M..., 52 ans, entre dans une maison de santé pour pyonéphrose gauche énorme, fièvre, amaigrissement. Douleurs vésicales, pyurie, mictions toutes les dix minutes. Tumeur rénale gau-

che. Cystoscopie difficile; lésions vésicales des deux orifices urétéraux, pus par les sondes urétérales, bacilles de Koch de chaque côté.

Néphrectomie sous-capsulaire gauche, fistule lombaire pendant 3 mois.

La malade fit ensuite un traitement médical arséno-phosphoré et I. K. de Spengler.

Avril 1912. — On ne trouve plus de bacilles de Koch dans les urines et les inoculations au cobaye sont négatives.

Urée : 14 grammes au litre. Chlorures . 3,85.

La malade a engraisé de 6 kilogrammes.

A l'heure actuelle, état général excellent.

Pas de troubles urinaires; un peu de fréquence ces jours derniers pendant 24 heures, à la suite d'une ingestion d'asperges à un repas.

OBSERVATION N° XIII (Gérard, de Lyon)

(Thèse de Rousseau. — *Loc. cit.*)

Tuberculose rénale bilatérale. Néphrectomie gauche légitimée par les douleurs incessantes.

M. S..., 54 ans, atteint de cystite, entre le 8 janvier 1913. Les douleurs sont continues avec brûlures à la fin des mictions. Les urines sont troubles et contiennent beaucoup d'albumine. L'inoculation est positive. L'état général est altéré depuis un mois.

Au palper, le rein droit n'est pas perçu, il est indolore. Le rein gauche n'est pas perçu, mais la région est douloureuse.

Capacité vésicale : 250 centimètres cubes.

Cystoscopie : Vessie rouge; l'orifice urétéral droit est béant; par la sonde, s'écoule de l'urine ambrée, claire, peu abondante.

Le cathétérisme de l'uretère gauche est impossible. L'urine du rein droit contient des globules rouges, des cellules épithéliales, 5 gr. 87 0/00 d'urée. Les cultures sont stériles, mais l'inoculation est positive. La constante est de 0,09.

Le 25 février 1913, néphrectomie gauche; le rein présente quelques bosselures; à la coupe, au pôle inférieur, amas de petites cavernes, de tubercules durs et ramollis; quelques granulations.

Suites opératoires normales; le malade accuse déjà une amélioration dans son état général.

Les suites éloignées furent bonnes : disparition des douleurs pendant la miction et des crises douloureuses lombaires.

Relèvement de l'état général.

OBSERVATION N° XIV (P. Delbet)

(Smirnow. — Pyonéphrose tub. fermée. — *Folia Urologica*,
T. VIII, p. 228.)

Homme âgé de 62 ans. Pas d'antécédents. Bonne santé antérieure. Pneumonie grippale, à la suite de laquelle se développe une tumeur du volume d'une tête de fœtus dans l'hypocondre gauche, qui augmente brusquement sans cause apparente. Le malade maigrit et pâlit. Quelques symptômes font penser à une tumeur rénale (fluctuante). Rien dans les urines. On fait le diagnostic d'un calcul ayant occasionné une hydronéphrose infectée secondairement au moment de la pneumonie grippale et s'étant transformée en uropyonéphrose. La tumeur augmentant rapidement, on décide d'intervenir.

A l'intervention : un gros rein tuberculeux qu'on enlève. Le rein contient près des 600 cc. de matière caséuse.

OBSERVATION N° XV (Krauss)

(in Smirnow. — *Loc. cit.*)

Femme de 50 ans qui vient consulter pour une tumeur de l'abdomen. Santé antérieure bonne. Amaigrissement depuis 4 mois, en même temps tuméfaction abdominale à gauche. Dans la moitié gauche de l'abdomen, une tumeur d'un volume d'une tête d'adulte, lisse, indolore, fluctuante. L'urine est limpide, elle ne contient ni albumine, ni bacilles.

Cystoscopie : Vessie normale, — on trouve l'orifice urétéral droit, — le gauche est invisible, malgré la chromocystoscopie. Diagnostic : hydronéphrose fermée du rein gauche.

Opération : pendant la libération du rein, la tumeur se rompt et il s'écoule un litre de pus épais et crémeux. Néphrectomie. L'uretère est très épais et obstrué par une masse caséuse. L'examen microscopique démontre des lésions tuberculeuses.

OBSERVATION N° XVI (Rafin)

(in Smirnow. — *Loc. cit.*)

Femme de 52 ans. Depuis un an et demi, fortes douleurs dans la région lombaire gauche. Température entre 38°-39°. Fréquence anormale des mictions. L'urine est trouble et contient une grosse quantité de bacilles tuberculeux. On ne sent pas le rein droit. Le rein gauche est gros et sensible. La séparation des reins donne : une urine normale du côté droit et pas d'urine du côté gauche.

Néphrectomie gauche. Périnéphrite diffuse. Le rein contient des cavernes de diverses grandeurs.

OBSERVATION N° XVII (Guinon)

Résumée.

(L. Marc. — Thèse de Lyon 1910-11, N° 51)

M. H..., âgé de 51 ans. Mort par tuberculose pulmonaire sans avoir présenté de symptômes urinaires.

A l'autopsie : rein gauche, mastique ; rein droit, normal.

Uretere gauche dur, oblitéré sur toute sa longueur.

OBSERVATION N° XVIII (Galavardin et Rebattu)

Résumée.

(Thèse de Marc. — *Loc. cit.*)

M. P. J..., âgé de 60 ans. Mort par hémorragie cérébrale, le 16 février 1909, sans avoir présenté de troubles urinaires, sauf une albuminurie très marquée.

A l'autopsie : Rein gauche, mastique ; rein droit, lésions de néphrite chronique à l'examen histologique.

L'uretère gauche n'a pu être retrouvé par suite, sans doute, d'une transformation fibreuse ou d'une atrophie totale.

Poumon : cicatrices de tuberculose ancienne. Le cerveau est le siège d'une hémorragie cérébrale.

OBSERVATION N° XIX (Galavardin et Rebattu).

Résumée.

(Thèse de Marc. — *Loc. cit.*)

M. A. G..., âgé de 52 ans, présente à son entrée à l'hôpital, le 13 mai 1908, des symptômes d'urémie. Urines pâles avec disque d'albumine. Dans la nuit du 25 octobre, malaise subit. Mort.

A l'autopsie : Rein droit, lésions de néphrite chronique (gros rein blanc).

Rein gauche : Dans sa moitié inférieure, on trouve deux kystes à contenu mastig qui sont la signature certaine d'une tuberculose rénale.

OBSERVATION N° XX (Albarran)

Résumée.

(Brisset. — Thèse de Paris 1910-11, N° 410)

Tuberculose rénale droite. Néphrite à gauche. Abstention opératoire.

M. P..., âgé de 53 ans, vient consulter, en décembre 1904, pour pollakiurie très fréquente et douloureuse ayant débuté il y a 4 ans et s'étant aggravée progressivement. Hématurie assez abondante 4 mois après le début. Depuis, quelques hématuries de moindre importance. Urines troubles. Pas de douleurs rénales. Œdème malléolaire très prononcé le soir, après la fatigue.

Rein gauche augmenté de volume, peu sensible.

Rien du côté droit.

Vessie : capacité 80 cc., rougeur diffuse et une ulcération en dedans de l'uretère droit. Bacilles de Koch dans les urines totales.

Cathétérisme : urine purulente à droite, claire à gauche.

Grosse albuminurie des deux côtés.

L'élimination du sucre, après injection de phloridzine, est faible à gauche. L'opération est jugée impossible.

Mort quelques mois après avec œdème généralisé.

OBSERVATION N° XXI (Legueu)

(*Journal d'Urologie*, 15 janvier 1914)

Néphrectomie transpéritonéale pour tuberculose exclue du rein droit. Guérison.

Femme cinquante ans, entrée à ma clinique le 18 novembre 1913, salle Laugier, N° 2.

Depuis deux ans, gêne légère dans le flanc droit et mictions fréquentes.

Déjà opérée par moi d'une synovite tuberculeuse du genou droit en 1908.

Il y a un an qu'elle a commencé à uriner plus souvent. L'envie n'était pas satisfaite par l'évacuation de la vessie. Les urines étaient un peu troubles.

Ces mictions fréquentes et impérieuses se reproduisaient par crises avec des intervalles de calme relatif.

A plusieurs reprises, la malade a vu un peu de sang se mêler au trouble de l'urine.

Les envies augmentèrent à un point qu'elle ne put vaquer à ses occupations : la nuit, elle se levait toutes les deux heures.

Actuellement, tout est très calme : la malade n'urine que quatre à cinq fois par jour, autant la nuit. Il n'y a plus de douleurs, mais les urines sont toujours troubles.

Dans le côté droit, elle ressent depuis quelque temps une gêne, une fatigue, et c'est pour cela qu'elle vient me consulter.

A l'exploration, je trouve, à droite au-dessous du foie, une tumeur bosselée, mobile, qui a le contact lombaire, est indépendante du foie et est le *rein droit* distendu, mais non fluctuant. La masse est même très dure. Le *rein gauche* n'est pas appréciable. La vessie est peu sensible au toucher, on sent l'uretère droit au toucher vaginal.

Le cathétérisme urétéral est possible seulement du côté gauche. A droite, il y a une zone d'œdème bulleux qui ne permet pas de voir l'orifice urétéral.

Voici les résultats du cathétérisme :

	R. G.	VESSIE (R. D. ?)
Eau en 2 heures. . . .	218 c.c.	212 c.c.
Chlorures au litre . . .	9, 1/2,3	8,7/2,1
Chlorures en 2 heures. .	$0,20 + 0,45 = 0,65$	$0,12 + 0,41 = 0,53$
Urée au litre.	7,3/2	6,3/1 gr.
Urée en 2 heures . . .	$0,16 + 0,39 = 0,55$	$0,08 + 0,19 = 0,27$
Albumine au litre . . .	0	0,30

Rares cellules endothéliales isolées,
Présence d'urate d'ammoniaque. Pas de pus.

21 novembre : Azotémie, 0.20; K = 0,061; albumine : 2 grammes.

La radiographie montre à droite, à la place du bassin normal, une masse conique à pointe inférieure, attribuée plutôt à une masse caséuse tuberculeuse qu'à un calcul.

Opération transpéritonéale, le 26 novembre 1913, par le professeur Legueu.

Par l'incision transpéritonéale, extraction d'un rein très volumineux, pourvu d'un uretère énorme et en partie oblitéré. Le rein adhère au duodénum, qui est écarté, à la veine cave, qui est disséquée sur une longueur de 10 cm. Les ligatures de la veine rénale sont mises au ras de la veine cave. Néphrectomie. Drainage de la poche, marsupialisée à la paroi. Le drain est retiré au bout de 48 heures. Réunion par première intention.

Le onzième jour, la malade se lève, et quitte la clinique le 15 décembre.

Le rein est complètement exclu, transformé en une poche de pyonéphrose tuberculeuse : les urines recueillies par la vessie, et attribuées au rein droit, venaient en réalité du rein gauche.

Le produit de cette filtration est à ajouter intégralement au rein gauche, et dès lors le parallélisme se maintient entre les résultats du cathétérisme et les données de la constante.

OBSERVATION N° XXII (Raïn)

Résumée.

(Thèse de Pagès. Lyon 1909, N° 115)

Tuberculose rénale gauche. Forme pyélonéphrétique. Fièvre. Mauvais état général. Le rein malade est exclu. Néphrectomie. Amélioration notable de l'état général.

M^{me} M. A..., 64 ans.

Début, il y a 2 ans, par des troubles généraux et phénomènes digestifs. Pollakyurie depuis 6 mois. Actuellement : mictions 8 fois la nuit, 2 à 3 fois le jour. Urines troubles, fétides, nombreux microbes banaux, pas de bacilles de Koch. Rien aux reins. Etat général mauvais, poids 40 kilos. Courbe de température irrégulière, oscille autour de 38° avec des poussées intermittentes au-dessus de 39°.

Cystoscopie : vessie rouge, orifice urétéral droit normal; gauche, — paraît situé dans une dépression et entouré de pus. A la séparation endo-vésicale des urines, le rein gauche ne donne rien. L'urine du rein droit ne tuberculise pas le cobaye et, au point de vue chimique, contient : 12 gr. 97 d'urée par litre et 6 gr. 50 de chlorures par litre.

Néphrectomie gauche, le 6 novembre 1908 : lésions de périnéphrite intense, le rein est petit et pèse 100 gr. Granulations nombreuses au pôle supérieur, kyste hématique au pôle inférieur. A la coupe, 3 ou 4 cavernes remplies de pus, quelques granulations, plus de substance rénale saine. Bassinet rétracté,

avec dégénérescence scléro-lipomateuse. L'examen hystologique montre qu'il s'agit de tuberculose.

7 mars 1909 : Etat général excellent, a beaucoup engraisé et sur ce point, l'opération a donné un résultat des plus heureux. Mictions 3-4 fois, jour et nuit. Pas de douleurs. Léger degré d'hématurie parfois. Urines assez louches. Culture : staphylocoques.

OBSERVATION N° XXIII (Caspari, de Lausanne) \

(*Journal d'Urologie*, 15 octobre 1912)

M^{me} B..., âgée de 55 ans.

Tuberculose avancée du rein droit, tuberculose vésicale secondaire, ulcéreuse et végétante.

Cathétérisme de l'uretère droit le 1^{er} décembre 1911. La sonde, un N° 6, remonte difficilement jusque dans le bassinnet, elle est fortement serrée dans un uretère à calibre rétréci, épaissi en totalité et induré, tel qu'on le reconnaît d'ailleurs au toucher vaginal. Il s'écoule de suite environ 100 grammes d'un liquide blanc trouble, comparable à de l'eau de savon et déposant rapidement une énorme masse de pus. Cette première prise mise à part et les urines séparées ensuite ayant été recueillies, je lave le bassinnet dans lequel je puis injecter 30 à 40 centimètres cubes d'eau avant que la malade n'accuse la sensation de tension dans la région rénale droite. Je pense donc à un bassinnet dilaté, mais, averti par un premier cas, j'admets la possibilité d'une grosse caverne en communication large avec le bassinnet. \

Opération, le 13 décembre 1911 : Je sors, non sans peine, un rein gros et très adhérent. La surface, irrégulière et bosselée, présente une infinité de petits tubercules frais. A la coupe, au

milieu de zones sclérosées, de volumineuses cavernes remplies de substance caséuse, l'une d'elles ouverte largement dans le bassin. Celui-ci est petit, non dilaté absolument.

Suites de l'opération normales.

OBSERVATION N° XXIV (Marion)

Tuberculose rénale droite. Symptômes vésico-rénaux. Fausse incontinence d'urine. Néphrectomie droite. Revue 7 ans après. Guérison.

Salle Lailler, N° 20.

M^{me} Ch..., âgée de 50 ans.

Entre dans le service le 30 janvier 1913 pour des douleurs continues dans le rein droit et parce qu'elle perd ses urines.

Les douleurs rénales ont débuté il y a 8 ans. Ces douleurs survenaient périodiquement sous forme de crises qui duraient quelques heures. La plus longue aurait duré 13 heures.

La douleur débutait dans le rein droit et se propageait le long de l'uretère vers l'aîne droite. Depuis un an et demi, elle souffre moins, mais ressent toujours une pesanteur douloureuse du côté droit.

Parallèlement à ces douleurs et longtemps après leur début, une pollakyurie s'est installée progressivement. Les urines, d'abord claires, sont devenues troubles.

Actuellement, elle perd complètement ses urines quand elle est debout. Il s'agit d'une fausse incontinence, car elle sent bien le passage de l'urine et peut se retenir quand elle est au lit. La nuit, elle se lève une quinzaine de fois pour uriner et émet à chaque fois quelques gouttes d'urine seulement.

La malade n'a jamais éliminé de calculs et n'a jamais eu d'hématurie. Elle a maigri beaucoup depuis quelques mois.

Pas d'antécédents pathologiques personnels, ni héréditaires.

Le rein droit est augmenté de volume et douloureux à la palpation.

La vessie est douloureuse à la palpation et au toucher vaginal.

CATHETERISME DES URETERES

Examen Histo-Bactériologique

REIN DROIT	REIN GAUCHE
A donné pendant les 4 demi-heures	Pendant les 4 demi-heures
17 c.c. 21 c.c. 27 c.c. 21 c.c.	8 c.c. 9 c.c. 8 c.c. 10 c.c.
Sang	Pas de leucocytes
Très faible leucocytose	Sang
Quelques cellules	Quelques cellules

Examen Fonctionnel

	86 c.c.	35c.c.	OBSERVATIONS
Quantité totale.	86 c.c.	35c.c.	
Urée, au litre	6 gr.30	25 gr.22	
— quantité réelle éliminée. .	0,54	0,88	La sonde
Chlorures, au litre	3 gr,0	9 gr,50	vésicale de
— quantité réelle éliminée .	0,25	0,33	contrôle n'a
Albumine, au litre	Traces	Traces	rien donné.
Epreuve du bleu	Traces à la fin	Bon passage	
Pus	Leucocytose	néant	
Sang	Traces	Traces	

Le 15 février 1913, néphrectomie droite. Technique habituelle.

Examen de la pièce : grosse caverne au pôle inférieur et tubercules disséminés à la partie moyenne du rein.

Le 16 avril 1913, grattage et arivement de la plaie devenue atone. Suture partielle.

Suites opératoires normales. La malade sort de l'hôpital le 18 mai 1913.

Revue le 26 janvier 1920.

La malade a d'abord engraisé, puis remaigri. Elle est un peu fatiguée. Pas de douleurs rénales. N'a jamais eu d'hématurie.

Elle urine actuellement 7 à 8 fois la nuit et plus souvent le jour. Les urines sont limpides. La capacité vésicale est de 120 cc. environ.

A l'examen cystoscopique, la vessie est absolument saine.

OBSERVATION N° XXV (Marion)

Tuberculose rénale droite. Début par douleurs rénales. Symptômes rénaux uniquement. Néphrectomie. Suites opératoires bonnes. Revu deux ans et trois mois après l'intervention. Guérison.

M. K. F..., âgé de 57 ans.

Salle Civiale, N° 35.

Entré le 5 novembre 1917.

Au mois d'août 1917, le malade ressent, pour la première fois, une douleur vague au niveau du rein droit. Douleur intermittente sans irradiation et s'exagérant à chaque crise. On trouve de l'albumine dans ses urines. Le malade garde le lit pendant une vingtaine de jours au mois d'octobre. Ce repos calme les douleurs. Vers la fin de ce mois, le malade urine du sang. Il est alors adressé par son médecin à M. Marion.

A l'examen, on trouve un gros rein droit et de la pyurie.

Les résultats des explorations : cystoscopie et cathétérisme urétéral, sont très nets. Ils démontrent une lésion du rein droit et la suffisance du rein gauche.

Antécédents : Il y a 20 ans, le malade a été soigné pour de la tuberculose pulmonaire par le D^r Faisans. L'évolution de ces

lésions a été torpide. Après les hémoptysies du début, le malade n'a jamais plus présenté de gros accidents pulmonaires.

Dernièrement, le malade avait maigri sensiblement.

Néphrectomie le 7 novembre 1917.

Périnéphrite intense, avec adhérences, rendant difficile la libération du rein. L'uretère est dur, fibreux. Ligature au catgut du pédicule, englobant l'uretère, dont l'extrémité libre, après l'ablation du rein, est repérée par une pince et cautérisée au thermocautère.

Suture en trois plans. Drain. Le rein enlevé est d'aspect normal. A la coupe, on ne trouve qu'une seule lésion tuberculeuse cicatricielle, vers l'union du 1/3 moyen avec le supérieur.

Suites opératoires normales.

Le malade est revu le 21 février 1920.

Etat général florissant. Il a engraisé de 11 kilos. Il urine 3 ou 4 fois le jour. Pas de mictions la nuit. Il garde facilement les urines de 9 heures du soir à 7 heures du matin. Les urines sont limpides.

OBSERVATION N° XXVI (Marion)

Pyonéphrose tuberculeuse fermée. Début par phlegmon périnéphrétique. Néphrectomie droite. Guérison. Le malade meurt 7 ans et demi après la néphrectomie, d'une tumeur blanche du poignet.

Salle Civiale, N° 28.

M. Ch. P..., âgé de 52 ans. Employé.

Entre dans le service le 7 avril 1911 pour une fistule lombaire droite.

Au mois d'août 1909, il a été opéré d'un phlegmon périnéphrétique droit à la Maison Dubois. Ce phlegmon a débuté à la suite d'une grippe. A l'examen de ses urines à l'hôpital, on a trouvé

du pus. La plaie cicatrisée, le malade sort au mois de décembre.

Nouvelle grippe le 10 février 1910, qui réveille de nouveau les douleurs dans la région lombaire droite. Il entre à la Maison Dubois et, le 28 mars, on lui incise une collection purulente qui s'est reformée dans la fosse lombaire droite.

Le 7 avril, il est envoyé dans le Service Civile, à Lariboisière, pour examen spécial.

A son entrée, il ne souffre plus et ne présente pas de température.

Il urine 4 fois le jour et une fois la nuit.

Les urines sont claires à l'émission. La vessie a une bonne capacité : 250 gr. et une contractilité normale. L'urètre laisse passer facilement une sonde béquille N° 18. Rien du côté de la prostate.

L'épididyme gauche est dur, bosselé et non douloureux.

Dans la région lombaire droite, on constate une plaie, profonde de 5 à 6 cm. donnant issue à du pus qui ne paraît pas mélangé avec l'urine.

Après injection intramusculaire de bleu de méthylène, on ne trouve pas trace d'urine teintée dans le pansement.

Pas d'antécédents pathologiques personnels ni héréditaires.

Cathétérisme des uretères. La sonde pénètre facilement à gauche. A droite, elle est arrêtée à 3 cm.

Examen Histo-Bactériologique

REIN DROIT

Ne donne que quelques gouttes de pus à la 4 demi heure.

Pus

REIN GAUCHE

Donne pendant les 4 demi-heures 32 c.c. 26 c.c. 43 c.c. 20 c.c.

Culot appréciable, contenant quelques débris cellulaires, d'assez nombreuses hématies, de rares leucocytes altérés.

Pas de microbes.

Examen Fonctionnel

REIN DROIT	REIN GAUCHE (Sonde urétérale)
Quantité totale	121 c.c.
Urée, au litre	12 gr. 86
— quantité réelle éliminée .	1, 55
Chlorures, au litre	8, 19
— quantité réelle éliminée .	0, 99
Albumine, au litre	Traces
Éprouv. du bleu	bonne (leucodérivés)
Pus	néant
Sang	Traces

Le 25 avril 1911 : Néphrectomie droite. Examen de la pièce : pyonéphrose tuberculeuse, le rein est presque complètement détruit.

Suites opératoires normales. Le malade sort de l'hôpital le 12 juin.

Revu en 1915, le malade se porte très bien. Son appétit est bon. Il a engraisé de 7 kilos. Ses urines sont claires et il urine 4 fois le jour et 2 fois la nuit. Pas d'hématuries.

En 1916, il présente des troubles gastro-intestinaux. Pas de vomissements. Diarrhée et mœlena. Il est soigné en ville. Au bout de 4 mois, ces symptômes disparaissent et il engraisse de nouveau.

En 1918, le poignet droit commence à enfler. Il consulte à Laënnec. Pour cette tumeur blanche, on lui met la main dans le plâtre. Trois mois après, le plâtre est enlevé. Un gros abcès est incisé. Bientôt, d'autres abcès se forment et il est amputé de son avant-bras.

A la suite de cette intervention, le malade décline rapidement et meurt au mois de novembre 1918, sept ans 1/2 après avoir subi la néphrectomie.

A aucun moment, pendant ces 7 ans, il n'a présenté de troubles urinaires.

OBSERVATION N° XXVII (Marion)

Hydronéphrose tuberculeuse. Hématurie et cystite. Néphrectomie. Suites opératoires normales.

Salle Lailler, N° 8.

M^{me} B. A..., âgée de 52 ans.

A son entrée à l'hôpital la malade présente des phénomènes de cystite accompagnée d'hématurie. La cystite a débuté il y a un an. Depuis trois mois, la pollakyurie et la douleur à la miction sont devenues plus intenses. L'hématurie terminale a fait place à une hématurie totale, très abondante la veille de l'entrée de la malade dans le service, le 8 avril 1914.

La malade a présenté plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu. La dernière attaque remonte à 18 mois.

Pas d'autres antécédents pathologiques.

L'examen de la malade ne donne aucun renseignement.

Le cathétérisme urétéral est possible seulement du côté droit. Les lésions vésicales, plus prononcées à gauche, ne permettent pas de cathétériser le rein gauche. Sonde vésicale.

	REIN DROIT (Sonde urétérale)	REIN GAUCHE (Sonde vésicale)
Quantité totale.	211 c.c.	46 c.c.
Urée, au litre	3 gr. 92	3 gr. 21
— quantité réelle éliminée .	0, 82	0, 14
Chlorures, au litre	9, 41	9, 30
— quantité réelle éliminée .	1, 97	0, 12
Albumine, au litre		
Épreuve		
Pus.	néant	présence
Sang	traces	grosse abondance

Néphrectomie le 25 avril 1914. L'examen macroscopique de la pièce montre une hydronéphrose. A l'examen hystologique, on trouve des lésions bacillaires nettes.

Suites opératoires : phlébite gauche le 5 mai. Puis, embolie pulmonaire de moyenne intensité.

Le 5 juillet, la malade, guérie, quitte l'hôpital.

OBSERVATION N° XXVIII (Marion)

Tuberculose rénale droite. Symptômes vésico-rénaux. Néphrectomie. Recue 2 ans après. Le second rein semble être pris.

Salle Lailler, N° 13.

M^{me} G. B..., âgée de 51 ans, ménagère.

Entre dans le service le 3 novembre 1911, pour des phénomènes de cystite, accompagnés de douleurs dans la région rénale droite.

La maladie a débuté il y a un an et demi par une douleur rénale droite.

Quelque temps après l'apparition de cette douleur, s'est installée une pollakiurie qui, il y a six mois, est devenue très douloureuse.

Au même moment apparaît l'hématurie. La malade dit avoir uriné du sang d'un bout à l'autre de la miction. Ces hématuries se sont répétées plusieurs fois au cours des six derniers mois. La dernière, il y a dix jours.

Actuellement, la malade urine toutes les 20 minutes pendant le jour et 5 à 6 fois pendant la nuit. Les mictions sont douloureuses, le rein droit toujours sensible. Elle a maigri considérablement.

Le rein droit est difficile à palper, mais douloureux. Les points urétéraux, à droite, sont sensibles.

Capacité vésicale, 250 cc. Urines troubles à l'émission.

La malade a fait une hémoptysie il y a 11 ans. Elle présente des bronchites fréquentes.

CATHETERISME URETERAL

Rétention Pyélique à droite : 35 c. c.

Examen Fonctionnel

	REIN DROIT (Sonde urétérale)	REIN GAUCHE (Sonde vésicale)
Quantité totale	116 c.c.	259 c.c.
Urée, au litre	2 gr. 61	2 gr. 74
— quantité réelle éliminée . .	0, 30	0, 70
Chlorures, au litre	2, 81	7, 84
quantité réelle éliminée . .	0, 32	2, 03
Pus	présence	néant
Sang.	petite quantité	petite quantité

Néphrectomie droite, le 28 novembre 1911.

Grosse périnéphrite. Rein gros avec petite caverne au pôle supérieur et granulations miliaries à la partie inférieure.

Suites opératoires normales.

La malade sort de l'hôpital le 18 décembre 1911.

Revue en 1914.

Petite fistulette du côté opéré. Le rein laissé (gauche) n'est pas perceptible, mais les points urétéraux de ce côté sont douloureux.

La malade n'a pas d'appétit. Elle a encore maigri. Les urines sont très troubles et elle urine toutes les 10 minutes Elle a eu des hématuries. L'autre rein semble être pris.

OBSERVATION N° XXIX (Marion)

Tuberculose rénale gauche. Début par hématurie. Symptômes de cystite. Incontinence d'urine nocturne. Néphrectomie. Suites opératoires bonnes.

Salle Civile, N° 1.

M. R. C., âgé de 50 ans. Tisseur.

Entre dans le service le 30 juin 1909, pour des phénomènes de cystite.

La pollakiurie est intense; le malade urine toutes les heures le jour et la nuit. Les urines sont purulentes, les mictions douloureuses. Le malade est obligé de pousser pour commencer la miction. Il lui arrivait souvent et même actuellement encore de perdre ses urines, surtout la nuit. Le jet urinaire est diminué de force.

Ces symptômes se sont installés depuis 6 mois.

Le malade a maigri de 15 livres, mais l'appétit est bien conservé et l'état général est bon.

Le malade ne s'est nullement inquiété pour une hématurie survenue il y a deux ans; et ce n'est qu'en l'interrogeant de près qu'on arrive à dégager les caractères typiques de cette hématurie.

Elle est survenue spontanément, précédée de quelques phénomènes de cystite, a été d'emblée abondante et a duré 3 semaines, malgré le repos au lit.

Depuis cette grosse hématurie, le malade a uriné encore quelquefois du sang à des intervalles irréguliers; mais, à chaque fois, l'hématurie devenait de moins en moins abondante. La dernière hématurie date de 6 mois.

Pas d'antécédents pathologiques.

A l'examen du canal uréthral, on constate un rétrécissement de la portion bulbaire laissant passer une sonde N° 14. Les urines sont purulentes à l'émission et fétides. L'examen de la prostate et des reins ne donne rien.

La cystoscopie montre un orifice urétéral gauche large et entr'ouvert, il s'en écoule des flocons de pus. On ne constate rien à droite.

Néphrectomie gauche le 20 juillet. Le rein enlevé présente des nodules infiltrés et quelques cavernes grosses comme une petite noix.

Deux mois après, la plaie lombaire est complètement cicatrisée; le malade quitte le service; l'incontinence n'avait pas disparu un mois et demi après l'intervention.

Nous avons su que le malade était venu pendant sept mois à la consultation externe pour se faire faire des instillations d'huile goménolée.

OBSERVATION N° XXX (Marion)

Tuberculose rénale gauche. Leucocytose à droite. Symptômes vésico-rénaux. Néphrectomie gauche. Hématurie 3 mois après. Calculs secondaires de la vessie.

Saille Lailler, N° 15.

M^{me} G..., âgée de 56 ans. Brocheuse.

Entre dans le service, le 16 janvier 1912, pour des phénomènes de cystite accompagnés de douleurs rénales à gauche. La pollakiurie a débuté il y a 5 ans, intermittente pendant les 4 premières années, avec des urines claires. Il y a un an, les urines sont devenues troubles et, en même temps, sont apparues des douleurs dans la région rénale gauche. La malade n'a jamais eu d'hématurie. Actuellement, elle urine toutes les 2 heures le jour et 3 fois la nuit. Les mictions s'accompagnent de brûlures uréthrales. Amaigrissement de 7 kilos depuis 3 mois.

La palpation de la région rénale gauche est douloureuse et démontre une grosse tumeur mal délimitée.

CATHETERISME DES URETERES

Examen Histo-Bactériologique

REIN DROIT
(Sonde urétérale)

Quelques débris organisés et
cellules épithéliales
Quelques leucocytes seulement
Hématies
Urates

REIN GAUCHE
(Sonde vésicale)

Pus
Cellules
Sang

Examen Fonctionnel

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
Quantité totale	61 c.c.	123 c.c.
Urée, au litre	10 gr. 31	7 gr. 68
— quantité réelle éliminée . .	0, 62	0, 94
Chlorures au litre	2 gr. 00	2 gr. 00
— quantité réelle éliminée . .	0, 12	0, 24
Albumine, au litre	traces	traces
Épreuve, carmin-indigo	présence	présence
Pus.	leucocytose	présence abondante
Sang	présence	présence

Néphrectomie gauche le 27 janvier 1912.

On laisse des pinces sur le pédicule rénal.

A l'examen du rein enlevé, grosse pyonéphrose tuberculeuse.

Le 31 janvier, on enlève les pinces.

Le 2 mars, avivement de la plaie. Suites opératoires normales.

Le 12 avril, la malade se plaint de douleurs rénales à droite.

Hématurie. Les phénomènes de cystite persistent.

18 avril : L'hématurie a cessé, la cystite s'améliore.

19 avril : La malade est prise de douleurs et d'impotence dans les articulations de l'épaule et du coude à droite. Pas d'empatement articulaire ni d'hyperthermie locale.

Le 30 avril, tout étant rentré dans l'ordre, la malade quitte l'hôpital.

Le 2 octobre 1912, la malade entre à nouveau pour des phénomènes de cystite. A la cystoscopie, on découvre des calculs vésicaux, qu'on enlève par une taille sus-pubienne.

Suites opératoires normales.

A la fin du mois de novembre, la malade est opérée d'urgence d'une hernie ombilicale étranglée.

Cette dernière intervention a été faite dans un service de chirurgie. Nous ne possédons pas de renseignements sur l'état ultérieur de la malade.

OBSERVATION N° XXXI (Marion)

Tuberculose rénale gauche. Gros rein. Cystite très prononcée.

Exploration vésicale impossible. Bonne constante d'Ambard.

Néphrectomie gauche. Suites opératoires bonnes.

Salle Civile.

M. M. A..., 51 ans. Tapissier.

Entre le 16 mai 1919 pour des phénomènes de cystite. Le début de la pollakiurie remonte à deux ans. Actuellement le malade urine toutes les heures. Urines très troubles. Quelques hématuries dans ces derniers temps. A la palpation, le rein gauche est très volumineux. Rien à droite. Noyaux d'aspect tuberculeux dans l'épididyme.

La cystite est tellement accentuée que toute exploration vésicale est impossible.

La constante d'Ambard est de : $K = 0,08$ avec urée sanguine = 0,34.

La constante étant bonne et la lésion rénale gauche très nette, on décide l'intervention.

Néphrectomie gauche, le 28 mai 1919. On trouve un gros rein bosselé, d'extériorisation difficile. Une petite poche purulente se rompt et on laisse la plaie ouverte.

A la coupe du rein enlevé, grosse pyonéphrose tuberculeuse.

Revu le 20 avril 1920, le malade présente un excellent état général, son appétit est bon, il a repris le poids qu'il avait avant le début de la maladie, il peut vaquer à ses occupations et, suivant son expression, il a retrouvé ses jambes de vingt ans.

Les phénomènes de cystite se sont améliorés très rapidement après l'opération. Les mictions, encore fréquentes, n'étaient plus douloureuses.

Il y a un mois, les noyaux épидидymaires se sont abcédés et actuellement il persiste deux petites fistules. En même temps, les phénomènes de cystite ont réapparu et le malade urine de nouveau toutes les demi-heures, le jour et la nuit. Les urines sont troubles.

OBSERVATION N° XXXII (Marion)

Tuberculose rénale gauche. Symptômes vésicaux. Antécédents urinaires très chargés. Néphrectomie. Suites opératoires bonnes.

Salle Civiale, N° 38.

M. L. G..., âgé de 51 ans. Mécanicien.

Entre, le 19 mai 1919, pour des envies fréquentes d'uriner — toutes les demi-heures environ. Légère douleur à la fin de la miction. Cette pollakiurie s'est installée progressivement et n'a pas cédé à des médications diverses.

Il y a 5 ans, prostatite suppurée qui s'est ouverte spontanément et dont le malade a guéri.

A été dilaté à différentes reprises pour rétrécissement disparu aujourd'hui.

Comme autres antécédents : une suppuration costale ayant laissé une cicatrice adhérente à l'os, deux orchites blennorragiques anciennes.

Exploration : Canal perméable. Résidu vésical = 30 cc. Capacité vésicale, 40 cc. Rien à la palpation des reins.

CATHETERISME DES URETERES

	REIN DROIT (Sonde urétérale)	REIN GAUCHE (Sonde urétérale)
Quantité totale	45+54+41+40=180 c.c.	0+8+3+7=24 c.c.
Urée, au litre	6 gr. 30	4 gr. 80
— quantité réelle éliminée	1, 13	0, 11
Chlorures, au litre	9 gr. 80	7 gr. 20
— quantité réelle éliminée	1, 76	0, 17
Albumine, au litre	présence	présence
Épreuve bleu	abondance	néant
Pus	néant	présence
Sang	traces	traces

Néphrectomie gauche, le 18 juin 1919.

On enlève un gros rein bosselé, nettement tuberculeux. A la coupe, nombreuses poches remplies de pus concrété presque mastie.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° XXXIII (Marion)

Tuberculose rénale gauche. Symptômes vésico-rénaux. Néphrectomie. Bonnes suites opératoires.

Salle Civile, N° 30.

M. B. L..., âgé de 50 ans. Bijoutier.

Entre le 16 septembre 1919 pour mictions douloureuses et fréquentes datant de 7 mois. Pollakiurie diurne et nocturne : 6 fois la nuit et toutes les 20 minutes dans la journée. Le malade souffre à la fin de la miction ; les dernières gouttes sont sanglantes.

Urines troubles. Douleurs au niveau du rein gauche. A la palpation, ce rein est augmenté de volume.

Premier cathétérisme urétéral fait le 10 octobre 1919 :

Examen Histo-Bactériologique

REIN DROIT

(Sonde urétérale)

REIN GAUCHE

(Sonde vésicale)

Sang

Cellules

Pas de microbes

Leucocytes assez nombreux

de même

Examen Fonctionnel

Quantité totale.	20+30+62+64=176 c.c.	20+40+30+55=145 c.c.
Urée, au litre	12 gr. 30	8 gr. 20
— quantité réelle éliminée . .	2, 16	1, 48
Chlorures, au litre	5 gr. 90	4 gr. 50
— quantité réelle éliminée .	1, 03	0, 65
Albumine, au litre	traces	traces
Pus.	réaction leucocytaire nette	de même
Sang	présence	de même

Le premier examen fonctionnel des deux reins séparés n'ayant pas donné de résultats concluants, on décide de procéder à un nouvel examen.

2^e Cathétérisme urétéral, le 20 octobre 1919 :

Examen Histo-Bactériologique

REIN DROIT (Sonde urétérale)	REIN GAUCHE (Sonde urétérale)
Sang	Sang
Cellules	Cellules
Quelques leucocytes seulement	Pus
Amicrobie	Véritable purée de bacilles de koch

Examen Fonctionnel

Quantité totale.	15+20+30+42=107 c.c.	7+10+20+12=49 c.c.	
Urée, au litre	7 gr. 90	4 gr. 10	Sonde
— quantité réelle éliminée .	0, 84	0, 20	vésicale
Chlorures, au litre.	6 gr. 66	2 gr. 39	66 c.c.
— quantité réelle éliminée .	0, 71	0, 11	d'urine
Albumine, au litre	traces	traces	Urée 10 gr 01
Épreuve en bleu	bon passage	néant	= 0, 66
Pus	néant	présence	Chlorures
Sang	présence	présence	7 gr 78 = 0, 57

Néphrectomie gauche, le 8 novembre 1919.

Au cours de l'extériorisation du rein, l'uretère se rompt, donnant issue à une grande quantité de pus. On laisse la plaie ouverte.

Examen de la pièce. Petit rein, atrophié sans doute congénitalement.

Tubercules ulcéro-caséux autour du bassin.

Uretère très petit et très friable.

Suites opératoires normales.

Le malade quitte l'hôpital le 5 décembre 1919.

Revu le 10 mars 1920. Bon état général. Il a engraisé. L'appétit est bon. Le malade urine toutes les 2 heures, le jour et la nuit.

Examen cystoscopique : Bonne capacité vésicale. Lésions résiduelles de cystite, siégeant du côté néphrectomisé : rougeurs, quelques petites ulcérations recouvertes de fibrine. Le côté droit de la vessie, qui présentait, avant la néphrectomie, des lésions très intenses, est actuellement presque normal.

OBSERVATION N° XXXIV (Marion)

Traumatisme violent du rein droit suivi d'hématurie, il y a dix ans. Tuberculose rénale droite consécutive. Néphrectomie. Mort un mois après l'intervention.

Salle Civile, N° 31.

M. P. A..., âgé de 52 ans. Domestique.

Entre le 6 mars 1914 pour pollakiurie surtout nocturne, dysurie et mictions très douloureuses.

Il y a une dizaine d'années, il a reçu un coup de pied de cheval dans la fosse iliaque droite. Dans les deux jours qui suivent cet

accident, le malade fait quelques hématuries. Il garde le lit 5 à 6 semaines, pendant lesquelles il fait encore deux hématuries. Ce repos et le régime lui permettent de reprendre son travail. Cinq mois après, il tombe de nouveau malade, avec de la fièvre et des douleurs du côté droit, irradiant vers le bout de la verge.. En même temps, s'installent la pollakiurie et la dysurie.

Pendant les 10 ans qui séparent cet accident de son entrée dans notre service, il fait, à des intervalles plus ou moins éloignés, des crises douloureuses dans la région lombaire droite d'abord, puis dans les deux reins. Les phénomènes vésicaux concomitants s'accroissent et le malade fait de nouveau deux hématuries.

Il est envoyé à Lariboisière par son médecin.

Antécédents : Fièvre typhoïde, à l'âge de 31 ans.

Les reins ne sont ni perceptibles, ni douloureux.

Pas de points urétéraux.

La prostate est normale.

L'urètre laisse passer facilement une sonde béquille N° 18.

Cystoscopie :

Les urines sont troubles. Capacité vésicale 130 cc.

La vessie est très rouge. A gauche, œdème très marqué. A droite, nombreuses ulcérations bacillaires.

Le trigone est boursoufflé, œdématié. Ebauche de lobe médian.

On parvient à introduire une sonde N° 16 dans l'urètre gauche; elle monte à 20 cm. : éjaculations normales, urine presque claire.

Impossible de voir l'orifice urétéral droit, masqué par l'œdème et les ulcérations.

Mise en place d'une béquille N° 16.

EXAMEN DE DEUX HEURES :

Examen Histo-Bactériologique

REIN DROIT (Sonde vésicale)	REIN GAUCHE (Sonde urétérale)
Sang très nettement	Quelques rares leucocytes
Quelques cellules	Rares cellules
Abondante purulence	Peu de sang
Purée microbienne (bâtonnets ?)	Abondance de bâtonnets (coli ? Saprophytes ?)

Examen Fonctionnel

Quantité totale.	12 c.c.	145 c.c.
Urée, au litre	13 gr. 25	19 gr. 81
— quantité réelle éliminée. .	0, 15	2, 86
Chlorures, au litre.	10, 40	11, 52
— quantité réelle éliminée .	0, 12	1, 67
Albumine, au litre.	présence	traces
Pus	+	0
Sang	+	traces

Néphrectomie droite, le 7 avril 1914.

On trouve un petit moignon irrégulier qu'on a beaucoup de peine à libérer. Au cours de la libération, une hémorragie veineuse abondante se produit, probablement par éraflure de la veine cave.

On tamponne avec de grosses compresses qu'on laisse à demeure. Drain.

Examen histologique du rein : Rein tuberculeux atrophie.

Les compresses sont enlevées 4 jours après l'opération sans le moindre incident.

Le 20 avril, température élevée. Foyer pulmonaire à gauche.

Le 25 avril, la plaie ne se referme pas. Les signes pulmonaires persistent. Un peu d'œdème malléolaire.

Le 30 avril, l'œdème des membres inférieurs augmente. Les bourses sont également œdématisées. Les signes pulmonaires restent stationnaires. Le malade maigrit rapidement.

Le malade meurt le 7 mai, un mois après l'intervention.

OBSERVATION N° XXXV (Marion)

Rein tuberculeux exclu. Crises de coliques néphrétiques. Néphrectomie. Suites opératoires bonnes.

Salle Lailler, N° 27.

M^{me} L. G..., âgée de 52 ans. Cuisinière.

La malade entre, le 28 mars 1919, pour des crises douloureuses du côté gauche, rappelant absolument la crise de coliques néphrétiques.

Les douleurs débutent dans la région sous-costale, irradiant le long de l'uretère et accompagnées de phénomènes vésicaux d'intolérance : pollakiurie et douleur à la miction. La première crise est apparue il y a une dizaine d'années. Elle se répète à des intervalles plus ou moins longs, succédant généralement à des crises de rhumatisme, et dure 3 à 4 jours. La dernière crise a été plus violente que les autres et a duré une dizaine de jours.

Au moment des crises, la malade émet des urines troubles, dans lesquelles, récemment, elle a trouvé du gravier, analogue à du sel, dit-elle.

Aussitôt la crise passée, tout rentre dans l'ordre. A l'examen, les reins ne sont pas perceptibles ni sensibles.

Radiographie : négative.

A la cystoscopie : Vessie de capacité normale, sans traces d'inflammation récente en aucun point.

Orifice uréféral droit, sain. Orifice urétéral gauche apparaît punctiforme au milieu d'une région très sombre, comme rétractée.

A droite, une sonde urétérale N° 15 monte à 20 cm. A gauche, une sonde N° 8 ne s'engage pas. Mise en place d'une sonde vésicale. La sonde vésicale ne donne rien. Le rein droit est suffisant. On procède à un second cathétérisme urétéral et on parvient à mettre des sondes dans les deux uretères. Les résultats de cet examen concordent avec le premier.

Néphrectomie gauche, le 7 mai 1919.

On enlève un rein mastig. Drain, grosse mèche. La plaie lombaire n'est fermée qu'à moitié.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° XXXVI (Marion)

M^{me} D..., Emma, âgée de 51 ans.

Salle Lailler.

Entre le 21 avril 1908, observation égarée.

Néphrectomie pour tuberculose rénale gauche, le 7 mai. Procédé habituel. Résection de l'uretère très bas. Il est gros et dilaté. Le rein porte des cavernes tuberculeuses, surtout à son pôle inférieur. Drain. Suites opératoires normales. La malade quitte l'hôpital le 7 juin 1908.

OBSERVATION N° XXXVII (Marion)

M. B... Emile, âgé de 51 ans.

Salle Civile.

Entre le 1^{er} juin 1911, observation égarée.

Néphrectomie pour tuberculose rénale gauche, le 6 juin. Morcellement du rein qu'il est impossible d'enlever d'une pièce.

Suites opératoires normales.

Sorti le 17 juillet 1911.

OBSERVATION N° XXXVIII (Marion)

M^{me} L... Marie, âgée de 57 ans.

Salle Lailier.

Entre dans le service le 7 septembre 1914.

Observation égarée.

Néphrectomie droite pour tuberculose rénale, le 17 septembre 1914.

OBSERVATION N° XXXIX (Marion)

(Résumée dans thèse de Rousseau. — *Loc. cit.*)

Tuberculose rénale gauche. Début par cystite. Rémission de 10 ans. Néphrectomie lombaire gauche. Leucocytose nette à droite avec douleurs lombaires droites. Suites opératoires bonnes.

Salle Civiale, N° 25.

M. L. J..., âgé de 50 ans. Forgeron.

Entre à l'hôpital pour des phénomènes de cystite, le 28 octobre 1911.

Il y a 27 ans, au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde qui a duré une quarantaine de jours, le malade fait une cystite. Il est soigné à l'hôpital par des diurétiques et des lavages de la vessie et sort amélioré au bout de 4 mois. Pendant 17 ans consécutifs, les phénomènes de cystite, plus ou moins accentués, surviennent par intermittence. Puis, pendant dix ans, le malade se porte très bien.

Il y a 8 mois, crise douloureuse dans le rein droit, avec irradiation dans le flanc et le testicule droits. Cette crise se termine par une hématurie et l'expulsion de caillots de sang.

Actuellement, le malade présente : une pollakiurie trouble, diurne et nocturne (mictions toutes les heures le jour, toutes les demi-heures la nuit).

Les mictions sont douloureuses. Pas de douleurs dans les reins. A maigri de 14 kilos.

Les reins ne sont pas perceptibles à la palpation qui n'est pas douloureuse.

Urètre perméable. Prostate normale.

Urines troubles à l'émission. Capacité vésicale : 60 cc.

A la cystoscopie, faite après rachianesthésie, on constate une ulcération près de l'uretère gauche, dans lequel on n'arrive pas à mettre une sonde.

EXAMEN DE DEUX HEURES :

Examen Histo-Bactériologique

REIN DROIT (Sonde urétérale)	REIN GAUCHE (Sonde vésicale)
Nombreuses cellules rénales	Quelques cellules polymorphes
Quelques Hématies	Abondance de sang
Quelques bâtonnets à Ziehl et à Gram négatif	Quelques granulations Acido-résistantes au Ziehl Quelques bâtonnets à Gram et à Ziehl négatif

Examen Fonctionnel

Quantité totale.	120 c.c.	36 c.c.
Urée, au litre.	12 gr. 61	9 gr. 96
— quantité réelle éliminée. .	1, 51	0, 35
Chlorures, au litre	10 gr. 94	6 gr. 07
— quantité réelle éliminée .	1, 31	0, 21
Albumine, au litre	traces	présence
Épreuve du bleu	a bien passé dès le début	néant
Pus	forte leucocytose	abondance de pus
Sang.	traces	abondance

Néphrectomie gauche, le 14 novembre 1911.

Grosse périnéphrite scléro-lipomateuse qui rend l'extirpation difficile.

Examen de la pièce : Caverne à la partie inférieure. Poche d'hydronéphrose à la partie supérieure. Il ne subsiste plus de tissu normal.

Suites opératoires bonnes.

Le malade sort le 14 décembre 1911.

OBSERVATION N° XL (Marion)

Resumée.

(Publiée in *Journal d'Urologie*, 15 janvier 1912.)

Tuberculose du pôle inférieur et cancer du pôle supérieur du même rein. Symptômes de cystite. Néphrectomie.

M^{me} D. L..., âgée de 50 ans.

Salle Lailler, N° 21.

Entre le 13 juillet 1911, pour de la cystite. Cette cystite s'est installée progressivement. Quelques petites hématuries. Pas de douleurs rénales. Les reins ne sont pas perceptibles.

Néphrectomie, le 10 octobre 1911.

Le rein est gros. Masse néoplasique au pôle supérieur. Lésions tuberculeuses de la partie inférieure du rein. Suites opératoires bonnes. La malade quitte l'hôpital.

Les phénomènes de cystite s'améliorent notablement après l'opération. Quelques mois plus tard, les mictions deviennent plus fréquentes et surtout, graduellement, plus douloureuses.

Le 23 juillet 1913 : Urines troubles, capacité vésicale 45 cc., hématurie légère mais presque constante, mictions toutes les 15 à 20 minutes particulièrement douloureuses.

Après 4 enfumages iodés, les douleurs et les hématuries ont disparu.

L'enfumage est continué une fois par semaine.

29 novembre 1913 : Capacité vésicale, 120 cc. Mictions toutes les 1 1/2 à 2 heures, sans douleurs, sans hématurie. Urines claires.

Cystoscopie : Rien de particulier, quelques rougeurs sans importance.

Nous avons appris que la malade est décédée en septembre 1915, presque 4 ans après la néphrectomie.

OBSERVATION N° XLI (Marion)

Rein tuberculeux exclu. Début par abcès périnéphrétique. Fistulisation. Rein entièrement détruit par la suppuration. Calcul secondaire. Mort après la troisième intervention.

M^{me} H. T..., âgée de 54 ans.

Salle Lailler, N° 17.

Entre dans le service le 6 mars 1919, pour une fistule de la région du rein droit consécutive à un abcès du rein.

Première intervention. Le 9 octobre 1917, la malade a été opérée, à l'hôpital Tenon, pour une suppuration du rein droit et de sa loge, de nature bacillaire.

Au mois de février 1918, nouvel abcès qui s'ouvre à la peau et se fistulise.

Examen de la malade :

Persistance d'une fistule avec écoulement de pus caractéristique, semblant provenir de la fosse iliaque droite fortement empâtée. Paroi costale douloureuse au-dessus de la fistule.

1^{re} cystoscopie : Cystite très accentuée. Œdème de la paroi inférieure. Impossibilité de faire le cathétérisme, on ne voit pas les méats urétéraux.

2^{me} cystoscopie : La malade a subi une série d'instillations d'huile goménolée dans l'intervalle.

Bonne capacité vésicale. Rien au sommet et à la paroi latérale gauche. L'orifice urétéral gauche paraît sain.

La région urétérale droite est occupée par une série d'ulcérations tuberculeuses typiques qui saignent au moindre contact de la sonde et au milieu desquelles on arrive en tâtonnant à trouver l'orifice urétéral, dans lequel on ne pénètre que de 1 cm. avec une sonde N° 14.

On répète le cathétérisme avec une sonde plus rigide, mais on ne pénètre pas davantage.

Du côté gauche, la sonde pénètre librement et donne des urines claires. Les éliminations sont normales.

La sonde vésicale ne donne rien.

L'impossibilité de cathétériser le côté droit et l'absence d'urine vésicale montrent que le rein droit est exclu.

Deuxième intervention, le 22 mars 1919.

Incision. On tombe sur du tissu lardacé blanchâtre, sans trouver trace du rein, qui doit avoir fondu par suppuration.

On trouve seulement, dans la fosse iliaque, une petite poche de pus qui est incisée et drainée largement.

Troisième intervention, le 22 octobre 1919.

On suit le trajet de la fistule qui persiste depuis sa dernière opération. On tombe sur une masse de tissus épaissis, lardacés, très durs. On trouve un calcul. Tamponnement.

La malade meurt 48 heures après l'opération.

OBSERVATION N° XLII (Marion)

Tuberculose rénale bilatérale. Pyurie et douleurs rénales. Bacilles de Koch dans les urines.

Salle Lailler, N° 20.

M^{me} veuve S..., âgée de 72 ans. Ménagère.

La malade entre dans le service le 2 mai 1911, parce qu'elle a des urines purulentes.

C'est en janvier 1910 qu'elle a remarqué que ses urines déposaient une grande quantité de pus. En même temps, apparaissaient de la fatigue et des courbatures. Bientôt après, survient une douleur très violente dans la région rénale droite, avec irradiation en arrière et dans la fosse iliaque.

Les mictions deviennent très fréquentes et douloureuses. La malade urinait tous les quarts d'heure et se levait trois ou quatre fois la nuit.

Le 15 avril 1911, elle vient à la consultation. La cystoscopie démontre l'intégrité de la vessie. On lui fait des instillations d'huile goménolée et finalement on la fait entrer dans le service.

Elle n'a jamais eu d'hématurie et, actuellement, ne souffre plus de ses reins.

Le rein droit est douloureux à la pression et très gros. Les points urétéraux sont douloureux à droite. Rien à gauche.

L'urine, à l'émission, est franchement purulente. La capacité vésicale est de 170 cc.

La malade est considérablement amaigrie.

Antécédents : Deux enfants morts en bas âge. Sa mère est morte de pleurésie.

L'examen histo-bactériologique des urines recueillies par sondage vésical donne les résultats suivants :

Culot assez faible, mais notable, exclusivement composé de quelques cellules et de polynucléaires en général très altérés.

Assez nombreux bacilles de Koch. Pas d'autres microbes.

CATHÉTÉRISME des URETERES le 4-5-11

Examen Histo-Bactériologique

REIN DROIT	REIN GAUCHE
<i>Sonde vésicale</i>	<i>Sonde urétérale</i>
Culot assez faible	Nombreuses hématies
Nombreux leucocytes	Quelques rares leucocytes
Quelques hématies	Quelques cellules
Quelques cellules	

Examen Fonctionnel

Quantité totale.	36 c.c.	73 c.c.
Urée, au litre	3 gr. 78	20 gr. 17
— quantité réelle éliminée	0, 13	1, 47
Chlorures, au litre	4 gr. 68	5 gr. 08
— quantité réelle éliminée	0, 16	0,37
Épreuve de polyurie	8 c.c. 9 c.c. 7 c.c. 12 c.c.	17 c.c. 18 c.c. 16 c.c. 22 c.c.
Pus	présence	faible leucocytose
Sang.	traces dans le godet n° 4	traces partout

Un traitement médical est prescrit à la malade qui sort de l'hôpital le 20 mai 1911.

OBSERVATION N° XLIII (Marion)

Tuberculose rénale bilatérale. Hématurie, pollakiurie et pyurie.

Altération rapide de l'état général. Fièvre. Cachexie. Mort.

M. V. E..., âgé de 57 ans.

Salle Civile, N° 22.

Entre, le 20 janvier 1911, pour de la pollakyurie et de la pyurie.

Première hématurie il y a 3 ans et demi, ayant duré un jour. La pollakyurie s'installe à ce moment-là.

Il y a deux mois, seconde hématurie abondante, avec des caillots, qui dure 24 heures. Le malade urine toutes les heures le jour et 5 fois la nuit. Il est très faible et a fréquemment de la fièvre. Les urines sont franchement purulentes. Il a beaucoup maigri. Rien du côté des reins.

A la cystoscopie, on trouve des ulcérations bacillaires typiques au niveau du méat urétéral droit. Il est impossible de voir le méat gauche, au milieu de l'œdème qui s'étend sur le bas-fond vésical.

Une sonde urétérale pénètre dans l'uretère droit de 9 cm. environ. Grosse rétention d'urine purulente. L'uretère gauche ne donne que 4 cc. 1/2 d'urine.

Les jours suivants, l'état général s'aggrave rapidement. Plus d'appétit. Anaigrissement rapide. Décédé le 3 mars 1911.

OBSERVATION N° XLIV (Marion)

Tuberculose rénale bilatérale. Crise de coliques néphrétiques.

Hématurie.

M. F. G..., âgé de 53 ans.

Salle Civile, N° 21.

Entre le 19 septembre 1911.

Début par pollakyurie il y a 5 mois.

Quelque temps après, crise de coliques néphrétiques typique irradiation dans l'uretère droit et dans les bourses du même côté. Vomissement.

Le malade garde le lit pendant quelques semaines. C'est pendant ce repos qu'apparaît une hématurie. Cette hématurie s'est répétée 5 à 6 fois à des intervalles irréguliers, jusqu'à l'entrée du malade dans le service. On ne sent pas les reins. Mais, à droite, la palpation est douloureuse. C'est à gauche, au contraire, que les points urétéraux sont douloureux.

Maigrissement.

Capacité vésicale, 120 cc. Urines pâles et troubles.

A la cystoscopie, on trouve des ulcérations bacillaires typiques, au niveau des deux méats urétéraux.

Examen fonctionnel des deux reins après cathétérisme urétéral :

	REIN DROIT (Sonde urétérale)	REIN GAUCHE (Sonde urétérale)
Quantité totale.	50 c.c.	361 c.c.
Urée, au litre	6 gr. 93	6 gr. 30
— quantité réelle éliminée .	0, 34	2, 27
Chlorures, au litre	4 gr. 01	5 gr. 94
— quantité réelle éliminée .	0, 20	2, 14
Albumine, au litre	présence	présence
Pus	présence faible	présence nette
Sang	néant	néant

La présence, beaucoup plus abondante, de pus du côté gauche fait écarter l'intervention, malgré que ce rein semble encore suffisant.

Le malade quitte l'hôpital le 21 novembre.

OBSERVATION N° XLV (Marion)

M. P. A..., âgé de 61 ans.

Salle Civile, N° 23.

Le malade est entré dans le service le 17 janvier 1912, venant d'un service de médecine avec le diagnostic suivant :

Kyste hydatique multiple du foie et de la rate, probable. Depuis 4 mois, il a de la pollakiurie. En examinant ses urines, on découvre du pus. Il urine actuellement 7 à 8 fois le jour et 6 à 7 fois la nuit. Présence abondante de pus dans l'urine. Rien du côté du rein.

A la cystoscopie, on trouve des ulcérations tuberculeuses typiques, mais on renonce à l'intervention, à cause de l'état général du malade.

Sorti le 22 février 1912.

OBSERVATION N° XLVI (Marion)

Tuberculose rénale non opérée. Incontinence d'urine.

M^{me} Th..., âgée de 64 ans.

Salle Lailler.

Entre, le 5 mai 1909, pour de l'incontinence d'urine.

Il y a 9 mois sont apparus des symptômes de cystite qui sont allés en s'aggravant. La malade a eu quelques hématuries. Puis sont survenues des douleurs dans la région rénale droite, qui ont disparu rapidement.

Elle perd ses urines depuis quelques mois. Le passage de l'urine provoque des brûlures très intenses. Les urines sont franchement purulentes.

Le rein droit est augmenté de volume et douloureux à la palpation. Rien à gauche.

La malade a eu une arthrite tuberculeuse du poignet à l'âge de 54 ans. Elle présente depuis longtemps des bronchites. L'état général est assez altéré et toute intervention est jugée impossible.

Sortie le 18 mai 1909, très améliorée par des instillations vésicales quotidiennes d'huile goménolée.

OBSERVATION N° XLVII (Marion)

M^{me} D..., âgée de 53 ans.

Salle Lailler.

Entre, le 6 janvier 1920, pour des phénomènes de cystite : polyurie douloureuse, urines troubles. Les accidents ont débuté il y a 2 ans. Dans les premiers temps, quelques filets de sang dans les urines.

Depuis cette époque, la cystite a continué sans changement : miction toutes les deux heures environ, le jour et la nuit. A la palpation, on ne sent pas les reins, mais le côté gauche semble plus sensible. Au toucher : empatement douloureux du cul-de-sac gauche (difficile à apprécier à cause de la contracture).

A été examinée à la cystoscopie à Necker, le 15 mars 1919 : on n'aurait rien trouvé.

Cystoscopie, le 22 janvier 1920.

Petite capacité. Lésion de cystite diffuse.

Cathétérisme urétéral bilatéral : urine trouble des deux côtés.

Examen Fonctionnel

	REIN DROIT (Sonde urétérale)	REIN GAUCHE (Sonde urétérale)
Quantité totale	179 c.c.	219 c.c.
Urée, au litre	5 gr. 90	3 gr. 20
— quantité réelle éliminée	1, 05	0, 70
Chlorures, au litre	3 gr. 80	3 gr. 90
— quantité réelle éliminée	0, 68	0, 85
Pus.	présence	présence (amicrobien)
Sang.	traces	traces

Les deux reins semblent également atteints.

Traitement médical. Sortie le 30 janvier 1920.

OBSERVATION N° XLVIII (Boekel)

Résumée.

(Thèse de Boekel. Nancy, 1912)

M^{me} B..., 52 ans.

Bacillose rénale droite (caverneuse).

Signes de cystite. Amaigrissement, perte des forces. Néphrectomie lombaire en partie sous-capsulaire. Guérison retardée par la formation d'un abcès ossifluent (branche ischio-pubienne). 4 ans après, état local et général excellents. Résultat nul de l'inoculation. Va bien 5 ans après la néphrectomie.

OBSERVATION N° XLIX (Boekel)

Résumée.

M^{me} M..., 50 ans.

Tuberculose rénale à forme pyonéphrotique. Douleur rénale et cystite. Affaiblissement et amaigrissement. Néphrectomie lombaire gauche. Guérison. Nouvelles après 3 ans et 3 mois : état général excellent, le rein restant fonctionne bien. Inoculation négative. Même état 4 ans et 3 mois après la néphrectomie.

OBSERVATION N° L (Boekel)

Résumée.

M^{me} S..., 54 ans.

Tuberculose rénale droite (caverneuse). Néphrectomie. Guérison avec fistule. Au bout de 5 mois : grippe, albuminurie. Sept mois après : bon état général. Inoculation positive. Bon état, un an et demi après néphrectomie.

OBSERVATION N° LI (Boekel)

Résumée.

M^{lle} A..., 50 ans.

Tuberculose rénale à forme pyonéphrotique. Cystite tuberculeuse. Néphrectomie lombaire droite. Guérison opératoire. Nou-

velles de l'opérée, 14 mois après l'intervention : amélioration des symptômes vésicaux. Urines encore louches. Etat général bon. Fonctionnement du rein restant suffisant. Inoculation au cobaye négative.

OBSERVATION N° LII (Sutter, de Bâle)

Femme de 62 ans qui se présente dans un état d'infection chronique très prononcée avec amaigrissement squelettique et de la fièvre depuis plusieurs mois.

Exploration : rein droit, purulent ; rein gauche : signe de néphrite chronique, lésions tuberculeuses prononcées de la vessie. Après relèvement de l'état général — par un traitement approprié — néphrectomie droite. Par la suite, la malade reprend petit à petit des forces, augmente rapidement de poids (35 livres), de sorte qu'elle peut maintenant vaquer à ses occupations.

OBSERVATION N° LIII (Sutter, de Bâle)

Un homme de 57 ans est venu me consulter pour la première fois en 1901. Il présentait alors une tuberculose rénale droite typique avec urines purulentes contenant des bacilles de Koch. Il refuse l'intervention. Je le revois en 1904 : plus de troubles urinaires, ses urines sont claires et contiennent un peu d'albumine. Le rein droit malade est exclu. L'urine du rein gauche est normale. En 1910, je le revois de nouveau. Il présente des troubles visuels, suite d'une rétinite albuminurique. L'urine est claire, contient beaucoup d'albumine et des cylindres hyalins. Hypertrophie cardiaque et forte hypertension. Bientôt, il fait une apoplexie avec hémiplégie et aphasie, suivies de rechûtes de cystite (1912).

CONCLUSIONS

I. — Peu fréquente après 50 ans, la tuberculose rénale devient exceptionnelle à partir de 70 ans, âge vers lequel apparaît la sclérose sénile du rein.

II. — Du point de vue anatomo-pathologique, il faut noter la relative fréquence des lésions régressives, à côté desquelles on trouve d'ailleurs presque toujours d'autres lésions en pleine évolution. L'exclusion du rein tuberculeux paraît être un phénomène particulièrement fréquent chez les sujets âgés.

III. — Du point de vue clinique, le malade âgé, aussi bien que l'adulte, se présente le plus souvent avec des troubles vésicaux. Le rein exclu peut revêtir deux formes différentes : forme chirurgicale qui se traduit par le rein douloureux ou la tumeur rénale, forme médicale, avec les symptômes du mal de Bright.

IV. — Du point de vue du diagnostic, les maladies urinaires des gens âgés (hypertrophie et cancer de la prostate, lithiase rénale ou vésicale, cancer rénal ou vésical) prêtent facilement à confusion, surtout lorsque

l'infection banale complique la maladie primitive. Ces maladies étant beaucoup plus fréquentes, chez les sujets âgés, que la tuberculose rénale, il faut penser à celle-ci pour ne pas la méconnaître. L'exploration instrumentale des voies urinaires (cystoscopie, cathétérisme) permettra, dans la grande majorité des cas, d'éviter les erreurs.

V. — Du point de vue du pronostic, la croissante résistance à la tuberculose rénale chez les sujets âgés est à noter. Cette affection est cependant plus grave et les formes opérables sont plus rares chez l'homme que chez la femme.

VI. — La néphrectomie, lorsqu'elle est entourée de toutes les précautions indispensables à cet acte opératoire, en ce qui concerne le rein à laisser, ne paraît pas présenter de gravité particulière chez les malades âgés. La tuberculose bilatérale n'est pas toujours une contre-indication pour la néphrectomie. Le traitement médical est un adjuvant précieux.

VU LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

Lu et Approuvé :

LEGUEU.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — La signification des divers procédés d'exploration fonctionnelle du rein. *Paris-Médical*, 2 mai 1914, p. 540.
- ACHARD ET LEFLANC. — L'abaissement de la Constante au-dessous de la normale. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1914, T. XXXVII, p. 837.
- ALBARRAN. — *Exploration des fonctions rénales*. — 1 vol. Paris 1905.
- Lésions du rein du côté opposé dans la tuberculose rénale unilatérale. — *Ann. des Mal. des Org. génito-urin.*, 1908, p. 93.
- ALBARRAN, BRAUN ET HEITZ-BOYER. — A propos de la Pathogénie de la tuberculose rénale. — *XIV^e Session de l'Assoc. franç. d'Urol.*, 1910, p. 409.
- AMBARD. — *Physiologie normale et pathologique des reins*. — 1 vol., Paris, 1920.
- ARELLANO. — L'épreuve de la phénolsulfophtaléine. — Thèse de Paris 1917-18.
- BARIÉ, E. — Recherches sur la tuberculose sénile. — *Revue de Médecine*, Paris 1895, T. xv, p. 793, 1896 T. xvi, p. 17.
- BARRIÉ. — Thèse de Lyon 1912.

- BAZY, L. — De la précocité du diagnostic et de l'intervention dans la tuberculose rénale. — *Journ. d'Urol.* Paris, 15 mars 1913.
- BAZY, P. — Hydronéphrose. — *Encycl. franç. d'Urol.* T. III, chap. XII.
- Diagnostic clinique des pyélites et pyélonéphrites simples et tuberculeuses. — *Gaz. méd. de Paris*, T. 84, p. 265.
- BERNARD, L. — Traitement de la tuberculose infiltrée du rein. — *Mouvement Médical*, 1^{er} janvier 1913.
- BERNARD ET HEITZ-BOYER. — Rapport au XVI^e Congrès d'Urol. Franç., 1912.
- BOECKEL. — Thèse de Nancy 1912, N° 26.
- BRAASH. — Observations cliniques de 203 malades opérés de tuberculose rénale. *The Journal of the American Medical Association*. Vol. LVIII, 1912, p. 397.
- BRAUN ET CRUET. — Diagnostic précoce de la tuberculose rénale. *Ann. des Mal. des Org. gén. ur.*, 1909, T. II.
- BRET ET BLANC-PERDUCET. — La tuberculose rénale fermée à forme de Mal de Bright. *Recue de Médecine*, Paris, 1913, p. 833.
- BUERGER. — Nouvelle méthode de diagnostic de la tuberculose rénale. — *Journal d'Urol.*, Paris, 15 avril 1913, p. 431.
- CASPARI (de Lausanne). — Erreurs dans l'appréciation par le cathétérisme urétéral du bassinot dilaté. — *Journ. d'Ur.*, Paris, 15 octobre 1912.
- CASTAIGNE. — *Journal Médical Français*, 15 novembre 1912.
- *Journal Médical Français*, 15 juillet 1914.
- *Journal Médical Français* (Etude clinique des fonctions rénales), novembre 1919.
- Evolution fibreuse et guérison sans exclusion d'un cas de tuberculose rénale ulcéro-caséeuse. — *Bull. Acad. de Méd. de Paris*, 1914, p. 904.

- CARTAIGNE. — Le rôle du médecin dans le traitement de la tub. rén. — *Presse Médicale*, 20 janvier 1912, p. 57.
- CATHELIN. — Les acquisitions récentes dans l'étude des fonctions rénales. — *Folia Urologica*, T. VIII, p. 321.
- Formes anatomo-pathologiques du rein tuberculeux chirurgical. — *Progrès Médical*, 1913, p. 46.
- La débâcle de la Constante urinaire appliquée. — *Paris Chirurgical*, 1914, p. 309.
- CHATONIER. — La réaction de l'antigène dans le diagnostic de la tuberculose rénale. — Thèse de Paris 1913-14, T. IX, N° 104.
- CHEVASSU. — Valeur de la réaction de l'antigène. — *Presse Médicale*, 28 février 1912, p. 173.
- Le dosage de l'urée sanguine et la Constante uréique chez les urinaires chirurgicaux. — *Presse Médicale*, 1912, N°s 47 et 49.
- Formes cliniques de la tuberculose rénale. — 15 mai 1911. — *Journal Médical Français*.
- CHEVASSU ET MORENO. — Comparaison du fonctionnement rénal avant et après la néphrectomie pour tuberculose. — *Journ. de phys. et de pathol. générales*, 15 novembre 1911.
- CHICHMANIAN. — L'incontinence dans la tuberculose des voies urinaires. — Thèse de Paris 1912.
- COLOMBINO. — Contribution à l'étude du diagnostic de la tuberculose urinaire. — *Ann. des Mal. des Org. gén. urin.*, janvier 1916.
- DEBRÉ ET PARAF. — La réaction de l'antigène dans la tub. rén. — *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, T. 71, p. 65 et 228.
- DELBET, P. — Uropyonéphrose tuberculeuse. — *XII^e Congrès de Chirurgie*, Paris, 1898.
- La valeur du symptôme tumeur dans la localisation des processus rénaux pathologiques. — *Ann. des Mal. génito-urin.*, 1911, p. 326.

DICHIARA. -- De l'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie. — Thèse de Paris, 1911.

DUROSELLE. -- Tuberculose rénale bilatérale. — *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1913, T. xxxviii, p. 270.

ESCUDIÉ. -- Des hématuries prolongées dans la lithiase rénale. *Jour. d'Urol.* 1919, T. viii, N° 5.

ETIENNE, G. -- Tuberculose chez les vieillards. — *Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 1905, T. 37, p. 622.

FOWLER, H.-A. (Washington). -- La pyonéphrose tuberculeuse fermée. — *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 62, 3 janvier 1914.

GAUTIER. -- De la recherche du bacille de Koch dans l'urine des tuberculeux urinaires. — *Journ. d'Urol.*, 15 février 1914.

GORODICHZE ET HOGGE. -- *Cathétérisme utérin et diagnostic des affections rénales*. — 1 vol., Liège, 1913.

GUILLON, R. -- Thèse de Paris 1910-11. T. 22, N° 190.

HALLÉ, N. -- *Les formes de la tuberculose rénale chronique*. — 1 vol., Paris, 1914.

— Les processus anatomiques de guérison des lésions tuberculeuses chroniques du rein. — *Jour. Méd. Franç.*, 1914, N° 7.

HALLÉ, N. ET MOTZ. -- Tuberculose de l'uretère et du bassin. *Ann. des Mal. des Org. gén. urin.*, 1906, 1^{er} et 15 février.

HEITZ-BOYER. -- Contribution à l'exploration fonctionnelle des reins séparés. — *Mém. d'Urol.*, juillet 1911.

— La réaction de l'antigène dans les urines. — *Journ. d'Urol.*, 15 janvier 1912.

— Traitement de la tuberculose vésicale par les courants de haute fréquence. — *Journ. d'Urol.*, 15 février 1914.

— Exclusion partielle dans un rein tuberculeux avec urines claires. — *Journ. d'Urol.*, 1914, I v, p. 297.

HEITZ-BOYER. — La cystoscopie dans la tuberculose vésicale. —

Journ. d'Urol., 15 juin 1914.

HEITZ-BOYER ET MORENO. — Valeur de la concentration maxima.

— *Presse Médicale*, 29 mars 1911.

KAGAN (M^{lle}). — Troubles vésicaux d'origine génitale chez la

femme. — Thèse de Paris 1913, N° 159.

LEBLANC, A. — Les méthodes d'exploration de la fonction rénale.

— Thèse de Paris 1918-19, N° 147.

LE CLERC-DANDOY. — Cinq cas de néphrectomie pour tubercu-

lose rénale à examen difficile. Constante d'Aubard. *Polycli-*
nique Bruxelles, 1913, p. 289.

LE FUR. — Valeur comparée du traitement médical et chirur-

gical dans la tuberculose rénale. — *Paris Chirurgical*, 1912,
p. 776.

LEGUEV. — La lithiase rénale. *Encycl. franç. d'Urol.*, T. II.

— Valeur clinique et interprétation de la Constante
uréo-sécrétoire. *Jour. d'Urol.*, T. III, 15 mars 1913.

— L'intervention dans la tuberculose rénale bilaté-
rale. *Journ. des Praticiens*, T. 28, 1914, p. 163.

— Utilité de la radiographie dans la tuberculose
rénale. *Journ. des Praticiens*, T. 28, 1914, p. 22.

Des applications de la Constante à la néphrectomie
pour tuberculose. *Journ. d'Urol.*, 15 janvier 1914.

— Exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie.
Bull. de la Soc. de Chir., Paris, N° 37, p. 1.378.

— Du cathétérisme des uretères à travers la vessie
ouverte. *Presse Médicale*, 1907, N° 29.

Les processus de guérison partielle dans les reins
tuberculeux. *Jour. des Praticiens*, T. 28, 1914,
p. 308.

LEGUEV ET MICHON. — Maladies de la vessie et du pénis. *Nouv.*

Traité de Chir., 1912, fasc. 30.

- LEGUEU, PAPIN ET MAINGOT. — *L'exploration radiographique de l'appareil urinaire*, 1 vol., Paris, 1913.
- LEGUEU, PAPIN ET VERLIAC. — Etude anatomique de la tuberculose rénale. *Arch. Urol. de Necker*, T. I, fasc. IV, 1914.
- LEGUEU ET CHEVASSU. — Traitement de la tuberculose urinaire. Rapport au VII^{me} Congrès International de la Tuberculose. Rome, avril 1912.
- LEGUEU. — Rapport au III^{me} Congrès de l'Assoc. internationale d'Urol., Berlin, 1914.
- LEPOUTRE. — De la tuberculose urinaire chez l'homme âgé. *Presse Médicale*, 22 septembre 1919.
- LORIN, H. — L'uretère après la néphrectomie. Thèse de Paris 1914-15, N° 7.
- MARC. — La tuberculose fermée d'emblée. Thèse de Lyon 1910-11, N° 51.
- MAREAU. — Recherche sur la valeur fonctionnelle du rein sénile. Thèse de Paris 1913-14, T. 31, N° 73.
- MARION. — *Leçons de chirurgie urinaire*, 1 vol., Paris, 1912.
- Sur la conduite à tenir dans les cas de tuberculose rénale où toute exploration des reins est rendue impossible par l'état de la vessie. *Jour. d'Urol.*, mai 1912.
 - Le cathétérisme des uretères à vessie ouverte. *Jour. d'Urol.*, novembre 1912.
 - Une nouvelle cause d'erreur dans la radiographie des calculs du rein. *Jour. d'Urol.*, N° 5, 15 mai 1912.
 - Hématurie après néphrectomie pour tuberculose rénale. *Presse Médicale*, octobre 1912.
 - Evolution spontanée d'un cancer et d'une tuberculose sur le même rein. *Jour. d'Urol.*, 15 janvier 1912.

- MARION. — Ce que cinq granulations tuberculeuses dans un rein peuvent déterminer. *Jour. d'Urol.*, février 1913.
- Tuberculose rénale et Constante d'Ambard. *Jour. d'Urol.*, 1914, T. v, p. 589.
- Traitement des cystites tuberculeuses par les injections de bacilles lactiques. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, Paris, 26 mai 1914, p. 655.
- MARION, HEITZ-BOYER ET GERMAIN. — *Traité pratique de cystoscopie et de cathétérisme urétéral*, 2 vol., Paris, 1914.
- MAUGEAIS. — De l'action du rein malade sur celui du côté opposé. Thèse de Paris 1907-08, N° 280.
- NORMAND. — Traitement des cystites tuberculeuses et des tuberculoses vésicales par l'enfumage iodé. *Jour. d'Urol.*, 15 mars 1914.
- PAGÈS. — La néphrectomie primitive dans la tuberculose rénale. Indications et résultats. Thèse de Lyon 1908-09.
- PAPIN. — Localisation de la tuberculose rénale par la radiographie. *Arch. Urol. de Necker*, Paris, T. I, p. 197.
- PENA. — De la valeur de l'hématurie rénale immédiatement consécutive à une néphrectomie pour tuberculose. Thèse de Paris 1912-13, N° 211.
- PÉRILLAUD. — L'urémie des néphrectomisés. Thèse de Paris 1912-13.
- PERRIER, C. — Tuberculose rénale à forme de lithiase. *Revue méd. de la Suisse Romande*, Genève 1913, T. 33, p. 843.
- PILET. — *Des pyonéphroses tuberculeuses*. 1 broch., Rouen.
- PIRONDINI. — Application de l'Azoturie expérimentale à la chirurgie rénale. *Jour. d'Urol.*, 1917, T. VII, p. 603.
- POUSSON. — L'avenir des néphrectomisés. *The American Jour. of Urology*, vol. IX, N° 3, p. 113.

- RAFIN. — Tuberculose rénale. *Encycl. franç. d'Urol.*, T. II, chap. VIII.
- Mode de début de la tuberculose rénale. *Jour. d'Urol.*, 15 juin 1912, p. 779.
- Asepsie et l'infection des urines tuberculeuses. *Jour. d'Urol.*, 15 juin 1912.
- Durée de l'évolution de la tuberculose rénale non opérée et causes de la mort. *Jour. d'Urol.*, 15 octobre 1912.
- RAFIN ET BOECKEL. — Tuberculose urétérale. *Encycl. franç. d'Urol.*, T. III, chap. VI.
- RIVIÈRE. — Contribution à l'étude de la cystite tuberculeuse. Thèse de Bordeaux, 1908, N° 127.
- ROBIN, A. — Traitement de la tuberculose rénale ulcéro-caséuse. *Jour. Méd. franç.*, 15 novembre 1912, p. 476.
- ROCHET. — Périnéphrites. — *Encycl. franç. d'Urol.*, T. III, chap. 17.
- Deux cas de cystite tuberculeuse chez des vieux. *Lyon Chirurgical*, janvier 1913.
- ROUSSEAU. — Des interventions dans la tuberculose rénale bilatérale. Thèse de Paris 1913-14, N° 428.
- ROVING. — Diagnostic de la tuberculose rénale à son éclosion et dans les cas très avancés. *The Jour. of the American méd. assoc.*, 21 décembre 1912.
- La tuberculose du rein. *Revue Clinique d'Urologie*, mai 1913.
- SAVIDAN. — L'exploration des reins en chirurgie urinaire par l'Azotémie et la Constante d'Ambard. Thèse de Paris 1912-13, N° 38.
- SMIRNOW. — Pyonéphrose tuberculeuse fermée. *Folia Urol.*, T. VIII, p. 228.
- STEVENS. — Valeur comparée des épreuves modernes sur le fonctionnement rénal. *The Jour. of the American Méd. Assoc.* Vol. 62, p. 1.544.

SUTTER (Bâle). — Des résultats éloignés de 60 néphrectomies pour tuberculose rénale. *Munchner Méd. Wochenschr.*, 5 novembre 1912, p. 2437.

TESSIER. — Sur une conception nouvelle des causes et du mécanisme de la tuberculisation du rein, basée sur la pratique systématique de la réaction de fixation. *Jour. de Méd. de Lyon*, 20 janvier 1920.

THELIEZ. — La tuberculose urinaire chez l'homme âgé. Thèse de Lille 1918-19, N° 32.

THÉVENOT. — De l'évolution de l'uretère après néphrectomie pour tuberculose rénale. *Jour. d'Urol.*, 1919, N° v, p. 427.

VERRIOTIS. — *L'uretère tuberculeux avant et après la néphrectomie*, 1 vol., Paris, 1913.

VIVIER. — De la recherche du bacille de Koch dans les tuberculoses rénales. Thèse de Paris 1918-19, N° 12.

WILDBOLZ. — Tuberculose et lithiase rénale concomitante. *Revue Clinique d'Urol.*, juillet 1912, p. 355.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
Fréquence	10
Considérations pathogéniques.....	12
Considérations anatomo-pathologiques.....	15
I. Lésions du rein tuberculeux.....	15
II. Lésions du rein du côté opposé.....	16
III. Lésions des voies d'excrétion.....	18
IV. Rein tuberculeux exclu.....	20
V. Lésions vésicales.....	22
VI. Lésions du tissu cellulaire périrénal.....	22
Physiologie pathologique.....	24
Etude clinique.....	26
I. Formes vésicales.....	26
II. Formes vésico-rénales.....	28
III. Formes rénales.....	30
Pyélo néphrite tuberculeuse.....	30
Forme douloureuse.....	31
Forme hématurique.....	31
Forme néoplasique.....	31
Forme brightique.....	32

Evolution et Pronostic.....	33
Complications	35
Association de la tuberculose rénale à d'autres affections..	36
I. Tuberculose et cancer du rein.....	36
II. Tuberculose et lithiase rénale.....	36
Diagnostic	37
I. Diagnostic des cystites.....	37
Dans l'hypertrophie de la prostate.....	37
Dans le cancer de la prostate.....	39
Dans le rétrécissement de l'urètre.....	39
Dans les calculs de la vessie.....	39
Dans le cancer de la vessie.....	40
Troubles vésicaux d'origine génitale chez la femme.....	40
II. Diagnostic des pyuries.....	40
Dans la lithiase rénale infectée.....	40
Dans la pyélonéphrite banale.....	41
III. Diagnostic des hématuries.....	41
Dans le cancer du rein.....	41
Dans la lithiase rénale.....	41
Dans le papillome vésical.....	42
IV. Diagnostic des gros reins.....	42
Examen de l'appareil urinaire.....	43
I. Radiographie	43
II. Examen des urines.....	43
III. Inoculation au cobaye.....	44
IV. Cystoscopie	44
Tuberculose vésicale.....	44
Cystite tuberculeuse.....	45
Biopsie	45
Diagnostic cystoscopique.....	45
V. Cathétérisme des uretères.....	46

VI. Constante uréo-sécrétoire d'Ambard.....	46
Traitement chirurgical.....	48
I. Néphrectomie dans la tuberculose unilatérale..	48
II. Néphrectomie dans la tuberculose bilatérale...	50
III. Traitement de la cystite tuberculeuse.....	51
Traitement médical.....	53
Observations	54
Conclusions	111
Bibliographie	113

